

Peter J. Hawkins

HIPNOZA ȘI STRESUL



Ghid pentru clinicieni



PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE



PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE

Colecția *Psihologie clinică și psihoterapie* este coordonată de
Ion Dafinoiu.

Peter J. Hawkins, *Hypnosis and Stress. A Guide for Clinicians*

Copyright © 2006 Whurr Publishers Limited (a subsidiary of
John Wiley & Sons Ltd), The Atrium, Southern Gate, Chichester,
West Sussex PO19 8SQ, England

All Rights Reserved. Authorised translation from the English
language edition published by John Wiley & Sons, Ltd.

© 2009 by Editura POLIROM, pentru prezenta traducere

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;

P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

HAWKINS, PETER J.

Hipnoza și stresul: ghid pentru clinicieni / Peter J. Hawkins;
trad. de Oana Maria Popescu; cuv. înainte de Nikitas Polemikos. –
Iași: Polirom, 2009

Bibliogr.

Index

ISBN 978-973-46-1326-7

I. Popescu, Oana Maria (trad.)

II. Polemikos, Nikitas (pref.)

159.962

616.89-008.441

Printed in ROMANIA

Peter J. Hawkins



HIPNOZA ȘI STRESUL

Ghid pentru clinicieni

Traducere de Oana Maria Popescu

Cuvânt înainte de Nikitas Polemikos

POLIROM
2009

Peter J. Hawkins, președinte al European School of Integrative Psychotherapy, profesor consultant în hipnoză și psihoterapie la ISMAI, Portugalia. În prezent predă cursuri pentru clinicieni în Italia, Spania și Portugalia. Este autorul mai multor cărți despre hipnoterapie, traduse în mai multe limbi, precum și a numeroase lucrări și comunicări științifice. Este director a două Institute Erickson și membru în consiliul editorial al *European Journal of Clinical Hypnosis*. A fost psiholog și consilier clinician autorizat și a condus mai multe proiecte ale Uniunii Europene în domeniul consilierii și psihologiei sănătății în România, Uzbekistan și țări din Europa de Vest. A prezentat numeroase lucrări și workshopuri la conferințe internaționale.

*Nepoatei mele, Ellie,
căreia îi doresc să aibă o viață fericită și plină de succese.*

Cuprins

<i>Lista intervențiilor de hipnoză clinică</i>	11
<i>Cuvânt înainte (Nikitas Polemikos)</i>	15
<i>Prefață</i>	19
<i>Mulțumiri</i>	27
Capitolul 1. Înțelegerea contextuală	29
Introducere	29
Contextul politic	31
Contextul personal	35
Contextul cercetării	39
Contextul psihoterapiei	50
Capitolul 2. Hipnoza și stresul	65
Stresul	65
Hipnoza	81
Hipnoza și managementul stresului	100
Capitolul 3. Ședința hipnotică: aspecte clinice	105
Evaluarea inițială	105
Hipnotizarea pacientului	124
Încheierea ședinței de terapie	138
Finalizarea terapiei	142

Capitolul 4. Întărirea eului	143
Introducere	143
Sugestia directă și autohipnoza	146
Întărirea proiectivă/evocativă a eului	149
Abordările ericksoniene	160
Abordarea în cinci pași a lui Stanton	163
Alte aspecte clinice	164
Casete audio pentru întărirea eului	165
O reflecție speologică	167
Capitolul 5. Abordările hipnoanalitice	168
Psihoterapia psihodinamică	168
Hipnoanaliza	171
Studiul de caz 1. Hipnoanaliza: o abordare integrativă	209
Capitolul 6. Tratatamentul problemelor specifice (1)	220
Introducere	220
Trainingul autogen	225
Anxietatea	226
Studiul de caz 2. Fobia de lift	230
Studiul de caz 3. Tratatament într-o ședință pentru fobia de dentist	234
Renunțarea la fumat	241
Disfuncții sexuale	249
Studiul de caz 4. O abordare hipnoterapeutică integrativă pentru tratamentul disfuncției erectile la bărbat (Hawkins, 1996)	259
Probleme de somn	269
Sindromul de stres posttraumatic (SSPT)	273
Capitolul 7. Tratatamentul problemelor specifice (2)	286
Durerea	286
Hipnoza în tratamentul unor probleme specifice de durere	311
Studiul de caz 5. Hipnoza în tratamentul psoriazisului	320

Capitolul 8. Copiii și familia	331
Hipnoterapia cu copiii	331
Hipnoterapia familială și de cuplu	351
Studiul de caz 6. Hipnoza în terapia familială	354
 <i>Postfață</i>	365
<i>Bibliografie</i>	369
<i>Index</i>	411

Lista intervențiilor de hipnoză clinică

Intervenția 1. Profilul de Inducție Hipnotică (HIP) (adaptat după Spiegel, Spiegel, 1978, pp. 35-78)	120
Intervenția 2. Scala Imaginației Creative (CIS) (adaptată după Braber, Wilson, 1978, p. 85)	121
Intervenția 3. Fixarea privirii cu distragere (numărarea în ordine descrescătoare)	127
Intervenția 4. Fixarea privirii cu relaxare progresivă activă	128
Intervenția 5. Levitația brațului și a mâinii (mișcări ideodinamice)	129
Intervenția 6. Întrebările de accesare bazală ale lui Rossi	133
Intervenția 7. O ilustrare a autohipnozei (1)	134
Intervenția 8. O ilustrare a autohipnozei (2)	135
Intervenția 9. Bila de cristal	141
Intervenția 10. Gestionarea distresului minor (1)	145
Intervenția 11. Gestionarea distresului minor (2)	145
Intervenția 12. Sugestie directă pentru întărirea eului	147
Intervenția 13. Albumul de fotografii pentru întărirea eului și stabilirea scopurilor	149
Intervenția 14. Locul preferat în aer liber (sau locul securizant preferat)	151
Intervenția 15. Trecerea în revistă a experiențelor pozitive	152
Intervenția 16. Găsirea resurselor și forței interioare	154
Intervenția 17. Animalul prietenos (tehnica consilierului interior)	156
Intervenția 18. Urcarea pe munte	158
Intervenția 19. Întărirea eului direcționată spre scop	159

Intervenția 20. Viața unui stejar	162
Intervenția 21. Viața unui râu	163
Intervenția 22. Încurajarea catharsisului	173
Intervenția 23. Imaginarea ghidată pentru catharsis	175
Intervenția 24. Gestionarea catharsisului	176
Intervenția 25. Stabilirea degetului „da”	185
Intervenția 26. Stabilirea semnalizării degetului „da” cu întărirea eului	187
Intervenția 27. Gestionarea disocierii	191
Intervenția 28. <i>Pacing</i> -ul viitor	193
Intervenția 29. Ratificarea (1)	194
Intervenția 30. Ratificarea (2)	194
Intervenția 31. Regresia de vârstă	203
Intervenția 32. Jocul de puzzle	204
Intervenția 33. Găsirea resurselor interioare	222
Intervenția 34. Găsirea resurselor interioare : însămânțarea	223
Intervenția 35. Intervenție hipnotică generală pentru probleme medicale	224
Intervenția 36. O sedință hipnoterapeutică completă prin folosirea întrebării de accesare bazală (adaptată după Rossi, 1996, p. 194)	224
Intervenția 37. Training autogen modificat pentru gestionarea generică a stresului	225
Intervenția 38. Gestionarea echilibrului muncă/viață	227
Intervenția 39. Luarea deciziilor	229
Intervenția 40. Metafora tufei de trandafiri (adaptată după Assagioli, 1965/1975, p. 214)	258
Intervenția 41. Facilitarea unui somn bun peste noapte	271
Intervenția 42. Dificultățile de somn	272
Intervenția 43. Evaluarea calității experienței durerii	288
Intervenția 44. Utilizarea experienței de control al durerii	295
Intervenția 45. Relaxarea respiratorie	297
Intervenția 46. Relaxarea pasivă progresivă pentru durerea specifică (training autogen modificat)	298
Intervenția 47. Sfera de lumină	298

Intervenția 48. Tehnica dușului magic	300
Intervenția 49. Floarea magică	301
Intervenția 50. Vizualizarea durerii (adaptată după Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1978, p. 205)	304
Intervenția 51. Distorsiunea timpului	305
Intervenția 52. Durerea dată unui animal prietenos	306
Intervenția 53. Regresia psihosomatică pozitivă	309
Intervenția 54. Intervenție generală pentru o problemă dermatologică	319
Intervenția 55. Pregătirea pentru intervenții chirurgicale și alte proceduri medicale	326
Intervenția 56. Îmbunătățirea funcționării sistemului imunitar	328
Intervenția 57. Jocul de-a „prefăcutul”	334
Intervenția 58. Privitul la televizor (adaptată după Davies, Morgan, 1997, p. 89)	335
Intervenția 59. Covorul magic	336
Intervenția 60. Tehnica monedei : o abordare cu fixarea privirii	337
Intervenția 61. Enurezisul nocturn	341
Intervenția 62. Problemele de somn la copii : mașina din norul magic	348

Cuvânt înainte

Dr. Hawkins pare să adere la aserțiunea hipocratică potrivit căreia „nimic nu ar trebui omis într-o artă de care e interesată întreaga lume, ce poate fi benefică umanității care suferă și care nu afectează viața sau confortul uman”. De fapt, hipnoza aplicată adecvat de către clinicienii cu experiență poate fi benefică multor persoane aflate în suferință și poate amplifica bunăstarea umană. Nu există nici o dovadă a faptului că hipnoza este în vreun fel dăunătoare vieții umane. Este adevărat că, de-a lungul timpului, hipnoza a fost prost înțeleasă. Totuși, în ciuda controverselor care o înconjoară, interesul pentru hipnoză a început să se manifeste din nou, mai ales în a doua parte a secolului XX, atât în aplicațiile sale științifice, cât și în cele clinice.

Dr. Hawkins a predat la numeroase universități și a fost implicat mulți ani în studiul hipnozei. A călătorit foarte mult pentru a participa la congrese științifice și pentru a preda arta și știința hipnozei în toate părțile lumii, a susținut cursuri, a condus seminarii și a demonstrat aplicabilitatea ei studenților și absolvenților de psihologie, precum și psihoterapeuților practicieni și celor aflați în formare, medicilor și altor profesioniști din domeniul sănătății umane. A vizitat țări precum ar fi Irlanda, Portugalia și Spania, apoi state din Europa Centrală, Finlanda, Italia și Grecia. A predat de asemenea în Balcani, Asia Centrală, America de Nord și Extremul Orient.

Dr. Hawkins a coordonat numeroase programe europene interuniversitare în domeniul psihoterapiei și este cofondator al Școlii Europene de Psihoterapie. La sugestia colegilor din Grecia, a realizat o

introducere în hipnoza clinică, publicată în limba greacă și bine primită de comunitatea științifică din această țară și de publicul cititor. Deși lucrarea se adresează în primul rând clinicienilor practicieni și mai ales celor interesați de psihoterapie, ea poate fi utilă și lămuritoare pentru cititorul erudit și pentru cei care doresc să știe mai multe despre procesul de vindecare.

În această carte, destinată atât neinițiaților, cât și clinicienilor cu experiență, dr. Hawkins prezintă cu abilitate o integrare a abordărilor tradiționale bazate pe sugestie cu cele mai permissive ale lui Erickson și Rossi, promovând o nouă direcție de cercetare. Autorul prezintă tehnici de hipnoză sofisticate și utile pentru inducție și gestionarea unei game largi de probleme legate de stres, subliniind importanța metaforelor și a poveștilor în terapie, pentru că ele pot facilita alianța terapeutică, pot stimula activitatea inconștientă și pot permite persoanei să își dezvolte stima de sine și confortul personal.

Cele șase studii de caz și numeroasele tehnici prezentate în carte sunt de interes special, deoarece reprezintă abordări terapeutice diferite ale unor probleme specifice și oferă clinicianului idei variate pentru gestionarea întăririi eului și încurajarea catharsisului, pentru găsirea resurselor interioare, gestionarea stresului, controlul durerii, al tulburărilor de somn și disfuncțiilor sexuale, pentru enurezis, sindromul de stres posttraumatic și așa mai departe. Într-adevăr, toate problemele discutate sunt legate de stres și au fost atent selectate pentru a demonstra că abordările psihoterapeutice sunt adecvate. Dr. Hawkins face referire la psihoneuroimunologie, un domeniu de interes aparte, prezentând dovezi ample ale cercetărilor contemporane care pun în legătură stresul cu sistemul imunitar.

Autorul se concentrează asupra unei serii de aspecte și abordează probleme importante, de obicei trecute cu vederea sau ignorate în alte cărți. Printre acestea, se numără gestionarea catharsisului și factorii curativi în psihoterapie. El argumentează punctul de vedere conform căruia fiecare persoană are potențialul de a se implica într-o căutare inconștientă și de a aduce la suprafață resursele și capacitățile inconștiente pentru rezolvarea problemelor sale. Răspunsul pentru fiecare problemă se află în interiorul individului. Terapeutul

acționează doar ca facilitator, având rolul de a încuraja individul să abandoneze postura de pacient și să asiste persoana în descoperirea și utilizarea acestui potențial intern prin asumarea unui rol activ în propriul tratament. Clinicienii vor găsi în această carte numeroase materiale ce conțin o sursă veritabilă de *insight*-uri psihologice care să îi ajute să identifice și să utilizeze propriile resurse creatoare în activitatea terapeutică.

Trebuie subliniat faptul că trecerea în revistă făcută de dr. Hawkins asupra lucrărilor disponibile este de actualitate și foarte amănunțită. Aceasta acoperă problemele teoretice și dezbaterile importante, precum și rapoarte clinice și experimentale interesante. Remarcăm preocuparea sa în examinarea adecvării și validității diferitelor abordări terapeutice, întrucât aceasta ajută la înlăturarea tuturor concepțiilor greșite referitoare la posibilitățile și limitele inerente hipnozei. O asemenea abordare critică este importantă nu numai pentru statutul științific al hipnozei, ci și pentru terapeuții care doresc să evalueze și/sau să aplice intervenții hipnoterapeutice valide și eficiente în practica lor terapeutică.

Deși autorul se referă extensiv la cercetările cantitative pentru a sprijini aplicarea intervențiilor hipnotice eficiente, în același timp, el pune sub semnul întrebării aprecierea exagerată și utilizarea exclusivă a unor asemenea abordări unilaterale, mai ales în cercetarea psihoterapeutică. El subliniază beneficiile aplicării unor modele mai calitative în cercetare, care să fie predominant hermeneutice sau interpretative, deoarece implică acțiunile și experiențele subiective ale pacientului în contextul colaborării sale cu terapeutul. Autorul recunoaște rolul complementar al celor două abordări și încurajează clinicienii să utilizeze atât metodele de cercetare calitative, cât și pe cele cantitative pentru a-și evalua activitatea terapeutică.

Mulți dintre noi am fost martori și am fost impresionați de utilizarea eficientă a hipnozei de către autor, cu folosirea procedurilor cathartice și psihodinamice utilizate pentru a ajuta pacientul să descopere și să aducă la lumină originea evenimentelor și experiențelor traumatice. În practica terapeutică, dr. Hawkins demonstrează de asemenea eficacitatea utilizării abordărilor tehnice

integrative pentru tratamentul unei game largi de probleme legate de stres. Considerăm că cititorul acestei cărți va aprecia talentul autorului și va înțelege mai bine rolul important al hipnozei moderne aflate la dispoziția clinicianului pregătit în acest sens.

*Nikitas Polemikos, doctor în științe
profesor de psihologie la Universitatea Egee, Grecia*

Prefață

Nu pot pretinde că știu prea multe despre grădinărit. Dar știu că îngrijirea atentă a pământului și atenția specială acordată vegetației tinere poate duce la obținerea unor plante mai sănătoase. Semințele sunt plantate cel mai bine într-un mediu care oferă bune condiții de creștere, acolo unde există un echilibru între constituenții solului, iar apa și căldura sunt disponibile în mod optim. În condițiile potrivite, sămânța germinază și un mic lăstar verde iese din pământ. Pe măsură ce mica plantă este udată de ploile de primăvară și apoi se bucură de soarele verii, ea crește tot mai puternică și va face boboci mici, care în final se vor transforma în flori. Odată cu trecerea verii se coc fructele, schimbându-și culoarea din verde în galben și apoi în roșu, iar în cele din urmă cad pe pământ, unde semințele germinază din nou și înfloresc. Astfel, procesul de creștere începe din nou : primăvara ia locul iernii, vara pe al primăverii, toamna pe al verii și din nou iarnă – un ciclu continuu de schimbări, uneori aproape imperceptibile. În același loc, și totuși într-un loc diferit în timp, spațiu și evoluție !

Această carte este scrisă în primul rând pentru clinicienii practicieni (psihologi, medici, dentiști, consilieri și psihoterapeuți), scopul ei nefiind acela de a dezbate teoriile actuale din hipnoză, deși acordăm o atenție deosebită bazelor teoretice ale intervențiilor, precum și cercetărilor din domeniu. Pentru a ajuta clinicianul care începe să învețe tehnicile hipnozei, sunt furnizate pe parcursul textului o serie de „intervenții clinice” prescurtate, nu numai pentru inducția „transei”, ci și pentru exemplificarea intervențiilor psihologice. Totuși, trebuie să amintim că aceste intervenții prescurtate nu trebuie urmate

întocmai. Ele pot fi folosite ca „model” pentru a construi intervenții noi și de obicei mai lungi, adaptate pacientului și problemelor sale. Hipnoterapeuții cu experiență încep să aibă încredere în creativitatea lor și în propriul „terapeut intern”, precum și în utilizarea „terapeutului pacientului”. În final, sperăm ca practicianul să uite în întregime modelele de intervenții și să facă doar „terapie”, la fel cum muzicienii improvizează, „cântând pur și simplu muzica din inimă”. Cu toate acestea, improvizațiile muzicianului se bazează pe cunoașterea temeinică a structurilor muzicale și a tehnicilor și pe multe ore de experiență. În consecință, este acceptat faptul că nu există un standard pentru a face hipnoterapie și, astfel, este imposibil de scris un manual de tipul *do it yourself* pentru clinicieni și pacienți.

Principalul scop al acestei lucrări este de a stimula creativitatea interioară și imaginația clinicienilor practicieni, astfel încât să poată ajuta mai bine pacienții în utilizarea propriilor resurse pentru a găsi soluții la problemele lor legate de stres. Trebuie subliniat însă că formarea adecvată în psihoterapie este o cerință preliminară pentru practicarea hipnozei, indiferent dacă practicianul este psiholog, medic, psihiatru, dentist sau asistent social. În lumina acestei afirmații, se acordă o atenție deosebită discutării unor probleme adesea ignorate în cărțile de hipnoză; de exemplu, gestionarea catharsisului și importanța factorilor curativi comuni în psihoterapie.

În contextul intervențiilor clinice, am încercat să ofer o perspectivă holistică și integrativă care să combine abordările tradiționale cu cele ericksoniene. Deși există puține studii „științifice” în sprijinul multor intervenții clinice propuse, se poate argumenta că ele sunt valide clinic prin faptul că pacienții se însănătoșesc adesea chiar fără să știe din ce motiv. Cu toate acestea, numărul studiilor ce arată eficacitatea hipnozei clinice este în rapidă creștere și am făcut referire la cercetări recente oricând a fost posibil.

Abordarea practică a hipnozei clinice adoptată în această carte, atât în context psihoterapeutic, cât și în contextul medical mai tradițional, este o încercare de aplicare a unui principiu democratic și reciproc implicând alegerea și autodeterminarea, în care pacientul și terapeutul lucrează împreună pentru a găsi soluții. Acest punct de

vedere susține ideea că pacienții au resurse conștiente și inconștiente disponibile, dar au nevoie de asistență din partea unui facilitator pentru a-i ajuta „să-și cânte propriul cântec”. De asemenea, individul participă la propria „boală” și, în consecință, la propria vindecare printr-o combinație de factori mentali, fizici și emoționali. Influența cercetării lui Erickson și Rossi este evidentă pe tot parcursul cărții, deși admitem faptul că și teoriile, practicile și cercetările provenite din psihoterapia generică și-au adus o contribuție semnificativă. Este important de menționat că învățarea experiențială furnizată de pacienții și studenții mei de-a lungul multor ani în care am practicat ca hipnoterapeut a fost extrem de semnificativă în dezvoltarea protocoalelor clinice.

Unele studii de caz prezentate în carte au avut loc într-un singur workshop. Demonstrațiile în fața unui grup de profesioniști asigură un mediu excelent pentru hipnoza clinică, deoarece angajarea în munca efectuată public este în mod cert stimulatoare și captivantă. Mesmer a înțeles acest lucru, întrucât cele mai multe dintre „miracolele” sale de vindecare au fost realizate în fața unui grup. Însă trebuie să recunoaștem că pentru majoritatea pacienților care au probleme legate de stres, adesea cu un istoric complex, psihoterapia necesită mai mult de o ședință, poate chiar un număr considerabil de ședințe. Nu am încercat să ofer prescripții în ceea ce privește numărul de ședințe necesare pentru probleme specifice, pentru că există prea multe variabile implicate, legate de pacient, de problemă, de cadrul general și de strategia globală de tratament. Fiecare clinician, în colaborare cu pacientul, este cel mai bun judecător al numărului de ședințe necesare, al frecvenței lor și al duratei incluse într-un contract inițial, precum și al numărului și frecvenței „ședințelor de urmărire”. La sfârșitul zilei, terapia „va dura atât cât durează”, ținând cont de faptul că „nu îi putem câștiga pe toți”. Erickson (1977) rezumă acestea astfel:

Intervenția trebuie făcută încet, treptat, astfel încât să poată fi asimilată. Avem nevoie zilnic de un anumit număr de calorii, dar nu le înghesuiți pe toate la micul dejun; dacă procedați astfel, vă va dura stomacul. Repartizați-le de-a lungul mai multor mese și nu le înghesuiți într-o

singură îmbucătură. Luați mai multe îmbucături. Acest lucru este valabil și în psihoterapie, așa cum vă va spune oricine are pregătire analitică. Intrați încet în problemă, ușor și blând. În cadrul psihoterapiei hipnotice, abordați totul pe cât de încet sau de repede poate îndura pacientul (p. 20).

Titlul *Hipnoza și stresul* este atât de cuprinzător, încât aproape toate domeniile hipnozei ar fi putut să fie incluse, fapt pentru care această carte ar fi devenit copleșitoare. Se poate argumenta că toate problemele psihologice și fizice specifice condiției umane au un element legat de stres în ceea ce privește etiologia, adaptarea, examinarea diagnostică, așteptarea și primirea diagnosticului, tratamentul și teama de revenire a bolii. Jung (1938/1969) ne reamintește de aceste lucruri într-o manieră mai degrabă ironică :

Poți spune, de exemplu, că viața este o boală cu prognostic foarte prost : durează ani de zile, sfârșindu-se invariabil cu moartea ; sau că normalitatea este un defect constituțional general ; sau că omul este un animal cu un creier care a crescut fatal și peste măsură. Acest tip de gândire este prerogativul veșnicului cârcotaș cu digestie proastă (pp. 64-65, par. 167).

Chestiunile discutate și problemele legate de stres care au fost descrise în carte au fost alese în primul rând deoarece sunt o reflectare a propriei activități clinice cu pacienții pe o durată de aproape trei decenii. Există bineînțeles omisiuni în ceea ce privește probleme și aspecte specifice (de exemplu, dependența, problemele cardiovasculare), dar sper că există suficiente repere care să permită clinicienilor să folosească hipnoterapia cu propriii pacienți. Deși lucrarea nu se vrea a fi un ghid clinic complet pentru înlocuirea a ceea ce practicienii fac deja, sper că va permite clinicienilor să devină profesioniști mai creativi și mai intuitivi în cadrul propriei sfere de expertiză.

Pe parcursul cărții mă voi referi la persoana hipnotizată sau despre care se discută folosind termenul *pacient* în loc de mai puțin peiorativul *client*, ceea ce poate părea ciudat în cadrul fenomenologic-umanist descris mai sus. Dar multe dintre simptomatologiile

adresate și intervențiile sugerate sunt la fel de relevante pentru medici ca și pentru consilieri și psihologi, care de obicei preferă termenul *client*. Mai mult, „pacienții” la care se face referire sunt considerați responsabili de propriile probleme de sănătate și de viețile lor. Într-adevăr, una dintre doctrinele abordării globale filozofice este autohipnoza și autodeterminarea.

Recent, mă plimbam prin vechiul port din Chania în Creta când am observat că pe un zid în partea veche a orașului era scris : „Sunt sigur numai de un lucru pe care îl știu. Lucrul pe care îl știu este că nu știu nimic”. Această frază, scrisă în neogreacă, este o parafrază a faimosului dicton antic atribuit lui Socrate. Consider că aceasta este atitudinea potrivită pentru toți psihoterapeuții, atât înainte de formare, cât și după aceea. După o practică de o viață a psihoterapiei, aceasta este încă o afirmație adevărată, deoarece îmi dau seama și mai mult care sunt limitele cunoștințelor mele. Formarea în psihoterapie nu se sfârșește niciodată. Sper ca această carte să ofere clinicienilor informații care să le permită să devină „tehnicienii” mai buni, dar, mai presus de orice, să devină mai creativi, plini de compasiune și etică, capabili să își folosească propria inspirație interioară și propriile resurse pentru a asista și facilita vindecarea pacienților.

Pe măsură ce consultați sau citiți această carte, veți deveni probabil tot mai conștienți de contradicțiile, paradoxurile, inconsistențele, confuziile, repetițiile și întrebările fără răspuns care sunt cuprinse în ea. Într-adevăr, se poate susține că lucrarea este o metaforă pentru felul în care sunt organizate viețile noastre personale și lumea în general. Această afirmație se poate aplica și în domeniul psihoterapiei și hipnoterapiei.

Există momente în care, ca „artiști”, recunoaștem că inspirația și creativitatea noastră internă nu curge liber, că improvizația creativă lipsește, iar inovația și spontaneitatea sunt în stare de repaus. În aceste momente, simțim că vrem să abandonăm și să devenim șoferi de camion, să ne luăm o vacanță sau pur și simplu să nu facem nimic. Poate că este o gândire bună – să fiți capabil să recunoașteți că nu suntem zei și că nu putem umbla pe apă, că nu putem facilita

procesul de vindecare pentru fiecare pacient. Să ne luăm timp liber din ceea ce până la urmă constituie o întreprindere foarte stresantă este probabil ceva valoros, pentru că, dacă noi nu ne îngrijim de noi înșine, atunci cine să o facă? Un timp pentru refacere, o canapea de relaxare pot permite ca inspirația să se reverse din nou din inima noastră, așa cum se va întâmpla în final, dar noi nu putem face ca asta să se întâmple. Cândva, în viitor, mai devreme sau mai târziu, creativitatea va curge din nou liber, ca notele improvizate ale muzicianului sau cuvintele poetului. Însă, între timp, în vreme ce așteptăm ca pasiunea să reapară și să curgă liber din nou, putem fi „tehnicieni” în psihoterapie utilizând o gamă largă de tehnici din repertoriul nostru și care poate avea un beneficiu considerabil pentru pacienți. Argumentul meu este acela că toți terapeuții trebuie să ia în considerare la un moment dat să se retragă din profesie din cauza sentimentului de oboseală sau pur și simplu pentru că simt că activitatea lor terapeutică este satisfăcătoare, dar lipsită de imaginație, lipsindu-i flerul și creativitatea. Dacă nu vă simțiți niciodată așa, atunci probabil ar trebui să vă retrageți din această profesie sau ați putea încerca să umblați pe apă. Vă rog să îmi spuneți dacă vă udați sau nu!

Cu un deceniu în urmă scriam :

Aș vrea să sugerez că utilizarea hipnozei în domeniul sănătății este bine sănătoasă. Are un pedigree bine stabilit, care nu a fost întotdeauna recunoscut. Are o reputație proastă, care este încă promulgată și azi prin mass-media și, de asemenea, din nefericire, de unele departamente ale școlilor de psihologie și medicină. Există o dezbateră teoretică vie și multe rapoarte de cazuri clinice și cercetări experimentale. Dar este important atât pentru academicieni, cât și pentru psihologii și medicii practicieni să intre în această dezbateră prin angajarea într-o activitate clinică și o cercetare empirică mai susținute, atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ, și ca instituțiile să introducă studiul hipnozei în programa lor analitică (Hawkins, 1994a, p. 6).

Aceste afirmații sunt adevărate și astăzi. În ultimii zece ani a fost publicat un număr semnificativ de cercetări și studii clinice, majoritatea

celor la care mă refer în paginile ce urmează fiind realizate după 1994. Deși există numeroase materiale publicate, m-am referit doar la studiile cele mai relevante. Sunt sigur că există omisiuni, dar sper să fiți inspirați să le compliniți și să vă țineți la curent cu publicațiile viitoare. Într-adevăr, aceasta este o parte a procesului de pregătire profesională continuă.

Doresc tuturor studenților în hipnoza clinică, precum și clinicienilor cu experiență care citesc această carte o viață lungă, plină de întreprinderi creative și plăcute.

Peter J. Hawkins
ISMAI, Institutul Universitar Maia, Portugalia

Mulțumiri

Aș umple un volum întreg dacă aș menționa pe toată lumea care a avut o contribuție la ideile și inspirația din spatele acestei cărți. Există totuși persoane cărora doresc să le mulțumesc în mod special. Soției mele, Judith, pentru răbdarea și înțelegerea de care a dat dovadă, și colegilor, care mi-au asigurat un mediu stimulant în care să discut și să-mi împărtășesc activitatea hipnoterapeutică: Antonio Capafons, Jose Gongora, Agostinho Almeida și Grupul de Hipnoză din Portugalia, Ana Almeida, Richard Page, Joannis Nestoros, Nikitas Polimikos, Eleanor O'Leary, Adriana Baban, Marcella Matucci și Grupul de Hipnoză din Roma, Jarl Wahlstrom, Geoff Graham, Fillippo Petrucelli, Guillem Juan Abellan și studenții la hipnoză din Castellon, Spania.

Mulțumirile mele speciale se îndreaptă de asemenea către toți studenții și profesioniștii care au fost prezenți la workshopurile mele din întreaga lume, în Rusia, China, Asia Centrală și majoritatea țărilor europene, de la care am învățat atât de multe. Și, nu în ultimul rând, îmi exprim recunoștința față de pacienții mei, de la care am învățat mult din ceea ce știu despre psihoterapie.

Capitolul 1

Înțelegerea contextuală

Un bărbat a mers într-o seară la un bar și a parcat mașina lângă trotuar. A intrat în bar, a băut câteva pahare și după câteva ore a plecat. Îndreptându-se spre mașină, s-a căutat în haină și în buzunarele pantalonilor după chei, dar nu le găsea, așa că a început să se uite în jurul mașinii și pe trotuar. Un polițist l-a observat, s-a dus spre el și l-a întrebat ce face, la care bărbatul i-a răspuns că își caută cheile pe care le pierduse. Fiind un polițist foarte prietenos, acesta s-a oferit să îl ajute, și cei doi au continuat să caute cheile pierdute. Nu după mult timp, negăsind cheile, polițistul l-a întrebat pe bărbat dacă era sigur că își pierduse cheile în acel loc. Bărbatul a răspuns că nu își pierduse cheile lângă mașină, ci în tufișuri, aflate la o oarecare distanță de acolo. Polițistul a fost surprins și s-a înfuriat auzind asta, deoarece pierduse timp căutând cheile. „Atunci de ce le căutăm aici?”, a întrebat polițistul, iar bărbatul i-a răspuns: „Pentru că aici e mai multă lumină!”.

Introducere

Intervențiile clinice făcute de psihoterapeuți sunt bazate de obicei, cel puțin într-o oarecare măsură, pe considerațiile teoretice și filozofice ale terapeutului și pe cunoștințele

dobândite în cursul experienței sale, în lucrul cu pacienții. Acest lucru poate determina uneori un anumit grad de inflexibilitate în care locusul intervenției este școala credinței la care a aderat, și nu pacienții înșiși. „Harta” sau „povestea” este influențată de perspectiva actuală din domeniu (de exemplu, hipnoterapia) și este construită de terapeut din prisma formării proprii și a lecturilor cărților sau revistelor care prezintă cercetările contemporane. Dar ceea ce constituie o cercetare „bună” în domeniul psihoterapiei este subiect de controverse (Salmon, 1983 ; Murcott, 2005), așa cum vom discuta mai târziu. Astfel, este foarte probabil ca „harta să nu fie identică cu teritoriul”. Cu alte cuvinte, există întotdeauna modalități alternative de construire a realității clinice. Abordarea adoptată în carte este construită în principal în jurul conceptului de *utilizare*, în care punctul de plecare este pacientul, și nu cadrul teoretic și filozofic al „poveștilor”. Trebuie de asemenea să subliniem că terapeuții nu pot acționa întotdeauna pe baza reflecției și deliberării și că mare parte din contribuția lor la ședința terapeutică este constituită din intervențiile spontane și intuitive bazate pe utilizarea comportamentului verbal și non-verbal al pacientului. Numai după ședința de terapie este posibil să dăm intervențiilor un sens teoretic.

Deși se poate spune că această carte mizează pe dezvoltarea abordărilor clinice în hipnoterapie, este necesar să înțelegem importanța aspectelor contextuale ale psihoterapiei în general și ale hipnoterapiei în particular. Restul acestui capitol este dedicat examinării principalelor contexte în care este practică hipnoza clinică.

Contextul politic

Deși obiectivul hipnoterapiei vizează în principal schimbarea personală (de exemplu, în gestionarea stresului și a consecințelor sale psihosomate), este important să percepem dimensiunea politică a psihoterapiei. Un prim argument ar fi că hipnoterapia și psihoterapia sunt activități politice, deoarece admit existența relației de putere care este atât implicită, cât și definită explicit în ceea ce-i privește pe profesioniști și pacienții lor.

Conștientizarea faptului că pacienții sunt ființe umane raționale, inteligente și creative, având capacitatea de a găsi soluții la propriile probleme, rectifică punctul de vedere medical convențional potrivit căruia profesioniștii dețin toate răspunsurile. Tendința profesionistului de a da sfaturi, a prescrie, a evalua, a diagnostica, a interpreta și a analiza, deși uneori este adecvată, nu trebuie generalizată în baza afirmației „doctorul știe cel mai bine”, așa cum, în mod elocvent, remarcă Heron (1998a) :

Diagnosticarea, etichetarea, interpretarea, analiza, evaluarea – un fel de pătrundere și cercetare ale intelectului clientului – sunt instrumentele preferate ale terapeutului pentru ca stresul negativ al clientului să fie reprimat și combătut în mod convenabil și, mai presus de toate, pentru a menține propriul stres sub control, astfel încât să nu iasă niciodată la suprafață competența cathartica a celui ce oferă ajutor. Un diagnostic pe zi face ca stresul să persiste. Cel care ajută, împreună cu clientul său sunt închiși în distorsiuni complementare, și așa susțin ceea ce la origini a venit din interior (p. 10).

Prezumția de la care pornește această carte este aceea că pacienții au răspunsuri la problemele lor, dar actualizarea

acestor potențiale necesită adesea asistență din partea profesionistului. Însă acest punct de vedere nu schimbă faptul că adesea sunt necesare intervenții medicale sau sociale extrinseci și nici nu aderă la concepții potrivit cărora metodele hipnoterapiei și dezvoltării personale sunt panaceul schimbării pozitive. Cu toate acestea, așa cum spune Madanes (2001), „terapia face posibilă discutarea a ceea ce este inacceptabil. Terapia este despre schimbare și rebeliune” (p. 23).

Un corolar important al acestui punct de vedere este acela că pacientul are resursele pentru a găsi soluții la problemele sale sau poate învăța să le rezolve singur. Una dintre cele mai semnificative aspecte ale politicii hipnoterapiei este cea de a învăța pacientul să practice autohipnoza, pentru că aceasta transferă puterea de la profesionist la pacient. Este un act profund de deprofesionalizare, ce recunoaște calitatea esențială a ființelor umane de a fi autodirective și de a deține controlul. Considerația potrivit căreia individul participă activ la propria boală este din ce în ce mai răspândită și, odată ce el recunoaște acest lucru, poate fi încurajat să joace un rol semnificativ în propriul „tratament”. Adesea, profesioniștii din domeniul sănătății umane, incluzând psihologii, medicii și consilierii, subminează potențialul oamenilor de a-și pune ordine în propria viață într-un mod personal și autonom. Astfel, oamenii pot fi reduși la statutul de „consumatori” pasivi, care nu mai iau parte la propriul tratament și la propria vindecare, un proces pe care Illich (1975) îl numea „iatrogenză structurală”.

Este important să conștientizăm că relația dintre clinician și pacient este definită implicit (politic). Bannister (1983) sugerează în mod succint acest aspect :

Psihoterapia are loc în contextul unei instituții (cu sau fără pereți), iar aceasta e constituită în contextul societății. Drept

urmare, motivele politice ale instituției și societății, puterea și structurile lor sunt ocurente în psihoterapie. Terapeuții și clienții însoață în ape politice (p. 139).

Bannister susține că relația doctor-pacient este cel mai frecvent tip de relație, conformă modelului medical implicit din psihiatrie. În aceste condiții, pacientul consideră terapeutul o persoană semnificativă și importantă, creându-se un transfer pozitiv. Cu toate acestea, alianța terapeutică poate fi influențată negativ sau pozitiv de : statutul social al terapeutului, înfățișarea sa (înălțime, greutate, îmbrăcăminte, expresie facială), mobila din cabinet (de exemplu, canapeaua psihanalitică), terapia față în față, picturile, plantele, diplomele înrămate și așa mai departe.

Deși multe exemple din această carte sugerează abordări pentru a ajuta pacientul să găsească soluții pentru combaterea stresului individual, se știe că multe probleme sunt rezultatul unor situații politice mai ample (de exemplu, sărăcia, localizarea geografică, educația, condițiile de locuit, rasismul, sexismul, infracțiunile, nesiguranța locului de muncă, datoriile financiare, lipsa de percepere a existenței democrației, centralizarea sau modalitatea de a lua decizii etc.). Mulți „consumatori de consiliere” au nevoie mai degrabă sau cel puțin în egală măsură de ajutor material decât de psihoterapie. Detresa este cauzată într-o mai mare măsură de mediu decât de dorințele și insatisfacțiile interioare. E necesar să se conștientizeze totuși că pacienții nu sunt victime pasive ale determinismului psihologic sau politic, ci agenți ai lumii sociale. Există în mod evident un paradox major sugerat de experiența psihoterapeutică potrivit căruia indivizii sunt responsabili pentru acțiunile lor, dar în același timp incapabili să răspundă la nivel personal pentru ele. Acest punct de vedere justifică o abordare

ce implică atât dimensiunea personală, cât și cea politică (Halmos, 1978). Pirsig (1974) exprimă plastic acest fapt în *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance* :

Programele de natură politică sunt importante, fiind produse ale calității sociale care pot fi eficace numai dacă structurile de bază ale valorilor sociale sunt corecte. Valorile sociale sunt corecte dacă valorile individuale sunt astfel. Locul în care putem îmbunătăți lumea este în primul rând în inimă și în mâinile noastre, și abia apoi în altă parte (p. 121).

Terapeuții au abilitățile necesare pentru a ajuta individul să facă față stresului, precum și posibilelor consecințe psihosomatice și comportamentale, dar de obicei nu dețin o poziție care să le permită să acționeze în calitate de agenți ai schimbării politice. Este important să conștientizeze limitele propriilor intervenții profesionale și să lucreze împreună cu alți profesioniști din domeniul sănătății umane, asistenți sociali și politicieni în promovarea schimbării la nivel personal, dar și la nivel politic.

Pentru a evita consecințele negative, e necesar ca persoana să își gestioneze în mod corespunzător stresul. Acest lucru este important și din motive economice. Atât în Europa, cât și în SUA se pierd milioane de zile lucrătoare din cauza stresului. De asemenea, stresul la locul de muncă este un motiv serios de litigii pentru toți angajatorii și toate organizațiile, care în final poate fi foarte costisitor. În consecință, există rațiuni financiare și economice importante pentru ca organizațiile să gestioneze și să reducă stresul la locul de muncă, pe lângă evidentele considerații etice și umanitare.

Contextul personal

Este știut faptul că psihoterapia e o ocupație solicitantă și stresantă, care poate duce la epuizare și probleme psihosomatice. Madanes (2001) susține că mulți terapeuți sunt limitați de emoții negative, precum furia, frustrarea, teama, dezamăgirea și neajutorarea. Autoarea pledează în favoarea cultivării emoțiilor pozitive, cum sunt dragostea, gratitudinea, curiozitatea, compasiunea, hotărârea, flexibilitatea, încrederea, vitalitatea și dorința de a contribui cu ceva. Trebuie să ne amintim de asemenea că terapeuții au vieți foarte similare cu ale pacienților când vine vorba despre suferință, probleme de sănătate și, în cele din urmă, moarte. În consecință, este esențial pentru clinicieni să dezvolte căi prin care să rămână „sănătoși” și să continue să funcționeze la un nivel optim. Dacă acest lucru nu este realizat, iar sănătatea lor are de suferit, atunci nu vor fi capabili să presteze serviciile de care au nevoie clienții lor.

Starea de bine psihologic a clinicianului poate fi menținută și îmbunătățită, de exemplu, prin rețelele de suport între colegi (*co-counselling* sau consilierea între colegi). Aceasta este o metodă de dezvoltare personală folosită de autor în cursurile de psihoterapie și formare în hipnoza clinică organizate pentru profesioniști. Consilierea între colegi (Heron, 1986b) este o metodă de terapie direcționată spre sine care permite clinicianului să-și gestioneze propriul stres din viața de zi cu zi prin cooperarea cu colegii suportivi. În acest fel, este menținută la un anumit nivel sănătatea psihosomatică. E important de subliniat că acest tip de consiliere între colegi nu este sinonim cu supervizarea. Fiecare terapeut trebuie să beneficieze de supervizare regulată (Clarkson, 1996), dar din partea altcuiva

decât co-consilierul său. Este evident de asemenea că o consiliere între colegi nu reprezintă același lucru cu terapia reciprocă, întrucât aceasta e „unidirecțională” și de obicei se realizează pe baze financiare.

Pentru a deveni și a rămâne un terapeut eficient, terapeutul mai are nevoie de două obiecte : o canapea și un coș de gunoi.

Canapeaua este un lucru valoros pentru terapeut, fiindcă poate fi folosită pentru :

- să se întindă atunci când este extenuat, când se luptă cu anumite lucruri sau ia lucrurile prea în serios – pentru a se relaxa, a se reface, a practica autohipnoza și însănătoșirea psihofiziologică ori pentru a i se face un masaj ;
- să se retragă atunci când crede că știe – adică pentru a se distanța de presupunerile sale ;
- să-și aducă aportul în consilierea dintre colegi – să facă față stresului (trecut/prezent) din propria viață ; să se gândească la propriile speranțe și aspirații, să se bucure de propriile puncte tari și realizări ; să le confirme colegilor realizările lor (celor care au nevoie de laudă și încurajare) ; să lucreze cu propria „suferință”, cu sentimentele de neputință, cu anxietățile existențiale sau cu grijile legate de boală, de incapacitate, de senilitate, de vârsta avansată, de moarte și așa mai departe.

Coșul de gunoi îi dă clinicianului posibilitatea să arunce toate presupunerile despre pacienții săi, împreună cu teoriile și tehnicile care stau în calea „co-prezenței” cu pacientul, astfel încât să asigure o alianță și o empatie maxime. Explicațiile comportamentului, gândurilor și sentimentelor pacienților și ale noastre proprii reprezintă un adevăr numai parțial. Ele sunt „povești” prin care încercăm să dăm un sens problemelor pacienților noștri. Psihoterapia poate fi definită ca o disciplină în care nu știm niciodată despre ce vorbim, sau dacă ceea ce

spunem este adevărat, sau dacă ceea ce facem funcționează. Cu alte cuvinte, paradigmele (sau poveștile) pe care le folosim ne-constrâng viziunea și, astfel, ne limitează creativitatea, potențialul eficacității terapeutice și, astfel, funcționarea pacientului. Dacă știm ce ar trebui să facă sau să experimenteze un pacient cu privire la modelele normative sociale/developmentale, atunci probabil ne vom „lupta” să înțelegem ce se întâmplă și ne vom lupta să determinăm anumite rezultate terapeutice. Atunci când nu se luptă, clinicianul nu își lasă clientul cu totul singur, ci se folosește de ceea ce se întâmplă. Aceasta implică a fi prezent alături de pacient – ascultând, ținând de mână, atingând, confruntând, provocând, facilitând, informând, empaticizând, retezând, râzând și așa mai departe. Fiind co-prezenți cu pacientul, suntem acolo cu el pe măsură ce se angajează în procesul de renaștere autonomă, definit în termeni de funcționare potențială a individului. Angajându-ne în rolul nostru de „moașe”, satisfacem trei nevoi psihologice de bază ale tuturor ființelor umane : nevoia de a fi iubit, respectat și îngrijit ca individ unic, nevoia de a înțelege ce se întâmplă în viețile noastre (incluzând funcționarea noastră fizică) și nevoia de a fi autodirecționați și de a deține controlul asupra propriei vieți (Heron, 1998a).

Atunci când terapeutul este co-prezent cu pacientul, schimbările apar *festina lente* (adică „grăbindu-se încet”), fără ca terapeutul sau pacientul să încerce să determine o anumită întâmplare. Amintiți-vă de broasca țestoasă și de iepure ! În mod esențial, aceasta înseamnă că terapeutul își golește mintea de fanteziile pe care le are în legătură cu natura problemei (diagnostic, prognostic, strategii terapeutice preferate etc.). Numai atunci terapeutul poate să asculte cu adevărat cu ceea ce Reik (1948) numește „a treia ureche”. Doar atunci pacientul își poate spune povestea. Ascultând ceea ce spune pacientul, ceea

ce povestește sau repovestește, vorbirea curge ca într-un roman în care se adună un sac de griji. Se poate referi la simplele evenimente ce conferă continuitate și context vieții și asigură înțelesul său esențial. Pe măsură ce povestea se desfășoară, apare o perspectivă diferită în timp ce pacientul merge mai departe, adesea în asocieri cu durerea și angoasa lui, cu fricile, furia, vina, tristețea, suferința, remușcările, singurătatea, visele și speranțele sale.

În plus față de renunțarea la presupuneri, prejudecăți și înclinații prin aruncarea lor la coș, terapeutul mai are nevoie să arunce resturile din propria sa viață. Aceasta înseamnă să se pună pe sine însuși în poziția de pacient. Pentru a face acest lucru în mod eficace, cineva (de exemplu, co-consilierul) trebuie să fie co-prezent cu terapeutul – pentru a asculta fără să judece, astfel încât terapeutul să își poată spune propria poveste. Ca terapeuți, trebuie să ne amintim de asemenea că nu suntem indispensabili. Este o dovadă de aroganță să credem că pacienții au nevoie de noi. Cum poate terapeutul să fie co-prezent cu pacientul dacă e de părere că acesta are nevoie cu adevărat de el?

Ca terapeuți, trebuie să ne păstrăm optimismul și încrederea în resursele imense de însănătoșire ale oamenilor bolnavi și speriați. Trebuie să le arătăm că avem încredere în acest potențial și în același timp să ne distanțăm de postura de vindecători ai unor victime pe care le compătimim. Toți suntem potențiali pacienți, suntem ființe umane, nici unul dintre noi nu este indispensabil, toți suntem vulnerabili. Pentru a fi eficienți ca terapeuți, este important să ne îngrijim de noi înșine. Alegeți o pauză sau epuizarea? (Hawkins, 1994b, p. 852)

Supervizarea și modelul omului de știință practician

Modelul omului de știință practician este o metodă de îmbunătățire a eficienței învățării, precum și un mod creativ de evaluare a funcționării personale și profesionale. Clarkson (2003) propune o metaforă a autosupervizării bazată pe modelul omului de știință practician. Autoarea sugerează șase elemente care formează modelul (pp. 295-296):

- o evaluare a ideii sau scopului, contractului, direcției sau rezultatului;
- o paradigmă științifică;
- unități de analiză a atenției (de exemplu, tranzații, imagini din vis, tip de relație);
- interes și curiozitate față de propriile abilități și procese;
- dorința de a aduce o contribuție la cunoașterea clinică.

Pentru discuții detaliate legate de modelul omului de știință practician și al supervizării, vezi Clarkson și Aviram (1998).

Contextul cercetării

Este important ca hipnoterapeuții să conștientizeze faptul că dovezile eficacității intervențiilor hipnotice sunt limitate și, în general, nu corespund criteriilor științifice ale medicinei și psihoterapiei, chiar dacă probele clinice sunt adesea convingătoare. De asemenea, e necesară aici precizarea că metodele prin care știința medicală evaluează eficacitatea intervențiilor terapeutice sunt întru totul neadecvate. Fondurile pentru cercetare sunt o chestiune importantă, pentru că studiile clinice sunt extrem de scumpe și, în general, doar industria farmaceutică

și le poate permite. În consecință, majoritatea proiectelor de cercetare sunt cele privitoare la eficacitatea farmacoterapiei mai degrabă decât a psihoterapiei.

Studiile controlate randomizate (SCR)

Studiul controlat randomizat (SCR) este principala metodă de cercetare (Murcott, 2005 ; Roberts, 2005 ; Iphofen, Corin și Ringwood-Walker, 2005). În termeni simpli, pacienții implicați în SCR sunt desemnați la întâmplare pentru intervenții clinice în care grupurile sunt tratate separat unele de altele și ținute sub observație. Atât timp cât există un număr suficient de pacienți implicați în studiu, se poate concluziona că orice diferență ce apare între grupuri este urmarea intervenției studiate, și nu a altor factori. În studiile clinice, designul SCR este îmbunătățit prin utilizarea placeboului și a metodei dublu orb (vezi Roberts, 2005). Este evident că asemenea metode nu sunt adecvate pentru evaluarea hipnoterapiei, explicându-se astfel insuficiența cercetărilor publicate în domeniul medicinei alternative și complementare în general. Motivele pentru care SCR nu este potrivit pentru evaluarea hipnoterapiei sunt rezumate de Roberts (2005) în continuare :

Conceptul *randomizării*, și anume al repartizării pacienților pentru un tip de terapie după criteriul „datului cu banul”, intră în conflict direct cu natura multor terapii complementare în care luarea unei decizii în acord cu pacientul, opțiunile și convingerile sale sunt fundamentale. De asemenea, în ceea ce privește conceptul *randomizării*, intervin și aspecte etice. De obicei, se susține că, pentru ca un pacient să participe la un studiu în care i se va administra un tratament la întâmplare, atât pacientul, cât și doctorul trebuie să se afle pe poziții echilibrate. Prin aceasta se

înțelege că, în mod sigur, nici unul nu știe care tratament va fi mai eficace. Dacă medicul sau pacientul consideră că una dintre opțiunile de tratament este mai potrivită decât cealaltă, atunci pacientul ar trebui să urmeze acel tratament și să nu intre în studiul clinic. Exigențele etice privind studiile clinice intră în contradicție cu încrederea investită în mijloace de tratament, precum hipnoterapia, în care rezultatele optime se obțin atunci când atât pacientul, cât și terapeutul cred în eficacitatea tratamentului. Aceasta nu înseamnă că tratamentul funcționează doar pe bază de încredere, dar încrederea în beneficii este un concept fundamental în asigurarea unui tratament de înaltă calitate (p. 18).

După cum se poate demonstra, e foarte dificil să găsim psihoterapeuți și pacienți total de acord cu eficacitatea tratamentului. De asemenea, este imposibil să standardizăm intervențiile hipnoterapeutice, pentru că astfel ar fi compromis fundamentul personalizării tratamentului. După cum am menționat deja, tehnicile clinice prezentate în această carte trebuie adaptate și ajustate pentru nevoile pacientului. De asemenea, reamintim că hipnoterapia se desfășoară în contextul unei relații terapeutice profunde. Roberts (2005) consideră că studiile parțial randomizate sau studiile preferențiale reprezintă un compromis metodologic acceptabil. Autoarea scrie că :

Este posibil să oferim pacienților selecții pentru un studiu posibilitatea de a alege o anumită terapie când aceștia își manifestă preferința pentru ea, în caz contrar, repartizându-le un tratament randomizat. Aceasta ne permite să introducem în proiectul studiului ideile de alegere și încredere, fundamentale în tratament, și, de asemenea, să luăm în considerare separat beneficiile obținute în grupurile care nu și-au exprimat o preferință ; astfel, putem decela care este diferența în ceea ce privește beneficiile pentru aceia care nu au ales ei înșiși o anumită terapie. Rămâne riscul să lucrăm cu grupuri diferite și să pierdem astfel

o parte dintre beneficiile metodologice ale SCR, dar, având în vedere cele expuse mai sus, acesta poate fi un compromis acceptabil. Experimentele sunt cea mai bună cale pentru a demonstra eficacitatea terapeutică și a costurilor, dar trebuie realizate astfel încât să garanteze că mecanismele terapeutice funcționează la fel ca în practică și să folosească rezultatele influențate nu numai de modificările legate de boală, ci și de cele care privesc schimbarea holistică posibilă în terapie.

În consecință, proiectul studiului ar trebui să fie realizat de echipe cu experiență metodologică, dar care să înțeleagă în același timp hipnoterapia – modul de administrare și mecanismele sale. Studiul ar mai trebui să permită încorporarea metodelor multiple, astfel încât să se adreseze tuturor aspectelor terapiei (pp. 18-19).

Murcott subliniază de asemenea că este foarte probabil că studiile controlate randomizate realizate până acum nu au fost suficient de elaborate pentru a măsura rezultatele terapiilor complementare. Este posibil ca insuficiența dovezilor ce pledează în favoarea terapiilor complementare să sugereze mai degrabă carențele metodologiei de cercetare decât ale tratamentelor studiate.

Practica actuală a transferului de metode de explorare și cercetare dezvoltate pentru psihologia generală și aplicarea acestora în domeniul psihoterapiei este un exercițiu irealizabil (Mair, 1989). Wilson și Barkham (1994) conchid: „Se constată o supraapreciere a logicii studiului clinic controlat randomizat, care este departe și străin de bogata experiență a psihoterapiei” (p. 49). De asemenea, autorii afirmă că studiile rezultatelor comparative sunt foarte rar conforme cu practica individuală, cu excepția situației în care se realizează în colaborare cu alți colegi și într-un centru dotat corespunzător. Acesta este un argument solid pentru practica individuală, în care hipnoterapeuții

doresc să evalueze eficacitatea muncii lor. La un alt nivel, se poate discuta că studiul rezultatelor se bazează pe o falsă premisă științifică, și anume că unele părți ale realității pot fi capturate și cuantificate. Acest lucru este important atunci când discutăm în contextul factorilor curativi nespecifici, care vor fi discutați în acest capitol. Dacă există o serie de factori comuni în psihoterapie, atunci este necesar să identificăm care dintre aceștia sunt eficienți. Rice și Greenberg (1984) exprimă acest lucru foarte pertinent atunci când sugerează că, pentru a răspunde la întrebări legate de eficacitatea tratamentului, este necesară o înțelegere mai clară a ceea ce se întâmplă între pacient și terapeut. O modalitate de realizare a acestui lucru este examinarea calitativă a proceselor din ședințele de terapie, mai degrabă decât centrarea exclusivă asupra rezultatelor. În orice caz, în cercetarea rezultatelor trebuie să existe o legătură cu cercetarea procesului, neexistând motive pentru care cele două nu ar putea fi combinate (Treacher, 1983). Laing (1983) surprinde esența problemei atunci când afirmă:

Experiența nu este un fapt obiectiv. Un fapt științific nu trebuie să fie experimentat. Diferențele de corelație, similitudinile și diferențele pe care le trăim ca evenimente corespund doar uneori acelor diferențe sau corelații pe care le privim ca fiind obiectiv reale. Orice școlar știe că aparențele înșală.

Trebuie să delimităm astfel un spațiu clar de discuție despre experiență, deoarece metodele folosite pentru investigarea lumii obiective care ne sunt aplicate nu țin cont de experiența noastră și, astfel, nu se pot lega de ea. Asemenea metode oarbe, aplicabile nouă, ne pot distruge în practică și au făcut-o deja în teorie (p. 9).

Însă lipsa dovezilor științifice privind eficacitatea medicinei complementare și alternative (MCA) poate conduce la concluzii eronate și reprezintă una dintre rațiunile pentru nerecomandarea

acesteia în continuare pentru a fi folosită în Serviciului Național de Sănătate (Comitetul Camerei Lorzilor, 2000).

Medicina bazată pe dovezi

Medicina bazată pe dovezi constă în utilizarea conștientă, explicită și judicioasă a celor mai bune dovezi în luarea deciziilor pentru îngrijirea pacienților (Sackett, Rosenberg și Gray, 1996 ; pentru mai multe informații, vezi www.cebm.net). Dar „cele mai bune dovezi” se bazează pe SCR, care, așa cum am văzut, sunt problematice în contextul evaluării hipnoterapiei. Cu toate acestea, Sackett și colaboratorii săi propun un punct de vedere mai optimist asupra medicinei bazate pe dovezi în contextul MCA :

Practica medicinei bazate pe dovezi înseamnă integrarea experienței clinice individuale cu cele mai bune dovezi clinice externe rezultate din cercetarea sistematică. Prin experiența clinică individuală înțelegem cunoștințele și raționamentul pe care clinicianul le dobândește prin experiență și practică clinică. Cunoașterea este reflectată în multe feluri, dar mai ales în diagnosticul mai precis și corect și identificarea mai adecvată și plină de compasiune a problemelor individuale ale pacientului, a drepturilor și preferințelor sale atunci când sunt luate decizii clinice legate de îngrijirea lor. Prin cele mai bune dovezi externe clinice înțelegem cercetări relevante, adesea din științele medicale tradiționale, dar în special din cercetările centrate pe pacient în ceea ce privește acuratețea și precizia testelor diagnostice (inclusiv examinarea clinică), ponderea factorilor prognostici și eficacitatea și gradul de siguranță al regimurilor terapeutice, de reabilitare și prevenție. Dovezile clinice externe invalidează testele diagnostice acceptate anterior, precum și tratamentele și le înlocuiesc cu unele noi, care sunt mai bune, mai precise, mai eficace și mai sigure (p. 71).

Deși această definiție extinsă se referă la practica medicinei, ea poate fi aplicată, cu modificări, și în practica psihoterapiei și hipnoterapiei. Terapeuții buni folosesc atât experiența clinică personală, cât și cele mai bune dovezi clinice externe, ceea ce îi face să fie practicieni bazați pe dovezi. Chiar și acolo unde există dovezi externe bune, raționamentul clinic judicios privind nevoile individuale ale pacienților rămâne o cerință de bază. În această privință, Sackett și colaboratorii săi susțin :

Dovezile clinice externe pot informa, dar nu pot niciodată înlocui experiența clinică individuală, și prin intermediul acesteia se decide dacă dovezile externe se aplică acelui pacient și, dacă da, cum trebuie integrate ele în decizia clinică (p. 71).

Este de la sine înțeles din acest punct de vedere că psihoterapia bazată pe dovezi nu trebuie să rămână fidelă exclusiv pozitivismului bazat pe cercetări, ci poate îmbrățișa o schimbare filozofică, politică și socială către o perspectivă extinsă asupra a ceea ce constituie dovada științifică (Chwalisz, 2003). Dar dezvoltarea și implementarea metodologiilor pluraliste pentru evaluarea hipnoterapiei sunt extrem de scumpe și consumatoare de timp, iar sprijinul din partea instituțiilor este puțin probabil. Problema majoră ce apare aici este realizarea unor studii calitative la scară mică, ce nu satisfac criteriile actuale bazate pe dovezi, sau a unora care le îndeplinesc. Compromisurile metodologice au fost criticate de Wilson (2005), care concluzionează :

Încurajez cercetătorii să dezvolte evaluări metodologice solide ale acestor intervenții complexe și să caute resursele pentru realizarea unor evaluări pe scară mare care să fie observate de către instituțiile medicale (p. 20).

O chestiune importantă pe care trebuie să o surprindă dovezile este succesul tratamentului. Acesta nu trebuie să fie echivalent cu vindecarea, ce implică înlăturarea completă a patologiei și inducerea unei stări de sănătate. Fixarea unui asemenea scop în hipnoterapia problemelor legate de stres este idealistă în cele mai multe cazuri, iar promisiunea unei vindecări este un act naiv și iresponsabil. Aspectele legate de obiectivele terapeutice trebuie în mod cert discutate cu pacienții în prima ședință de terapie, fiind necesar să se ajungă la o înțelegere în privința unor scopuri realiste. Acest aspect este important, de asemenea, în proiectele de cercetare și planificare.

Metodologii alternative

Unele critici aduse SCR și studiilor centrate pe rezultate pot fi surmontate de dezvoltarea unor modele fenomenologice calitative în cercetare, ce se concentrează asupra experiențelor pacientului și relației terapeutice. Reason și Bradbury (2001a) definesc cercetarea astfel :

un proces participativ, democratic, preocupat de dezvoltarea cunoașterii practice în căutarea scopurilor umane, ancorate într-o vedere participativă asupra lumii... Ea caută să aducă laolaltă acțiunea și reflecția, teoria și practica, lucrul cu alte persoane în căutarea soluțiilor practice la chestiuni presante pentru oameni și, în general, în recuperarea bunăstării individului ca persoană și a comunității (p. 1).

Aceste metode se diferențiază de metodologiile cantitative prin faptul că recurg la interpretarea acțiunilor și a experiențelor. Atât terapeutul, cât și pacientul pot reflecta asupra unor acțiuni și experiențe specifice, încercând să le înțeleagă

pentru atingerea scopurilor terapeutice asupra cărora au căzut de acord. În acest fel se constituie cunoașterea a ceea ce se întâmplă în terapie (procesul), efectele terapiei (rezultatul) și semnificațiile acestora atât pentru terapeut, cât și pentru pacient. Această abordare a cercetării este o modalitate mai echitabilă de cercetare care generează „înțelegerea contextuală locală” a premisei că sensul acțiunilor și evenimentelor este o parte intrinsecă a „contextului naturalist” (Henwood, Nicolson, 1995). De asemenea, este important de spus că dezvoltarea metodelor experiențiale de cercetare bazate pe experiența subiectivă este mai apropiată de cadrul teoretic de orientare umanistă al abordărilor hipnoterapeutice prezentate în această carte. Acest lucru se aplică mai ales în cazul cercetării cooperative (Reason, Rowan, 1981 ; Reason, 1988, 2001 ; Reason, Heron, 1995 ; Heron, 1996, 2001 ; Heron, Reason, 1997 ; Reason, Bradbury, 2001a ; pentru mai multe lucrări ale lui Reason, vezi www.bath.ac.uk/carpp/papers.htm), care implică participarea colaborativă atât a experimentatorului (clinicianul), cât și a subiectului (pacientul).

Cercetările tradiționale în psihoterapie recurg prea puțin la o colaborare autentică, iar pacientul este pasiv și dependent, receptor al programului terapeutic realizat și gestionat de terapeut unilateral. Metodologia cercetării cooperative se bazează pe o epistemologie în patru direcții (Heron, 1992, 1996), și anume :

- cunoașterea experiențială – prin empatie, compasiune și rezonanță ;
- cunoașterea prezentațională – exprimare prin narațiune, desen, mișcare și imagerie estetică ;
- cunoașterea propozițională – bazată pe concepte și idei teoretice ;
- cunoașterea practică – o îmbinare a celorlalte forme de cunoaștere în intervențiile clinice.

În domeniul practicii clinice, aceste forme participative de cercetare au o dimensiune politică, prin faptul că ele conferă putere oamenilor prin procesul de construire și utilizare a propriilor cunoștințe (Reason, Bradbury, 2001a). O asemenea dimensiune politică este implicată în abordarea clinică generală adoptată în această carte. Puteți găsi mai multe informații despre cercetarea acțiunii în practica profesională la www.bath.ac.uk/~mnspwr/ și www.human-inquiry.com.

Un exemplu de abordare prin cercetare cooperativă parțială în utilizarea hipnozei în tratamentul tulburărilor de somn la copii puteți găsi în capitolul 8.

Ca și metodele de cercetare cooperativă, există multe alte metode calitative care pot fi utile în evaluarea psihoterapiei, incluzând observarea, interviul, abordările constructelor personale, entografia, procedurile cu scop analitic (Greenberg, 1991), studiile clinice de caz (Hilliard, 1993), studiile bazate pe teorie (Henwood, Pidgeon, 1995; Glaser, Strauss, 1967) și analiza fenomenologică interpretativă (Smith, Jarman, Osborn, 1999). Aceste metode sunt revizuite sistematic de Bannister, Burman, Parker, Taylor și Tindall (1994), Denzin și Lincoln (1994) și McLeod (1994).

Se ridică însă o întrebare în ceea ce privește complementaritatea abordărilor tradiționale, în principal pozitive și cantitative, și a abordărilor calitative menționate mai sus, care sunt predominant hermeneutice și interpretative ca stil și puternic influențate de fenomenologia clasică (Stevenson, Cooper, 1997). Ceea ce este necesar în cercetarea psihoterapiei e studierea intensă a pacientului individual (sau a grupelor de pacienți), astfel încât atât perspectiva idiografică, cât și cea nomotetică să fie dezvoltate pe baza pluralismului metodologic. Aceasta nu înseamnă că metodele calitative le înlocuiesc pe cele cantitative, mai tradiționale, ambele abordări putând fi combinate în moduri complementare și sinergice.

Rennie și Toukmanian (1992) argumentează că cele două moduri de cunoaștere, paradigmatic și narativ, pot fi combinate în cercetare pe două direcții principale:

- pentru a ne asigura că fiecare echipă de cercetare include cercetători experți în fiecare modalitate de cercetare;
- incluzând date atât din metodele narative, cât și din cele paradigmatică în diferitele faze ale proiectului de cercetare.

Bergin și Garfield (1994) au încurajat activ dezvoltarea pluralismului metodologic în psihoterapie. Autorii afirmă:

Susținerea din ce în ce mai puternică a abordărilor narative, descriptive și calitative reprezintă într-o câțiva o schimbare semnificativă de atitudine care probabil va fi tot mai prezentă în realizarea și raportarea cercetărilor. Ne aflăm în ipostaza de a sprijini un tip de pluralism care nu renunță la virtuțile abordărilor tradiționale în cercetare, ci le completează cu o varietate de tehnici mai flexibile pentru a ajunge la complexitatea fenomenului cu care avem de-a face (p. 828).

Pe parcursul acestei cărți, se fac referiri la studii de cercetare mai ales cantitative, care sprijină utilizarea intervențiilor hipnotice. Mai multe informații despre literatura de specialitate privind cercetarea în hipnoză pot fi găsite pe www.hypnosis-research.org și într-una dintre lucrările recente semnate de Solloway (2004a). Există puține dovezi științifice care să sprijine intervențiile ericksoniene, în afara numeroaselor studii individuale de caz, care în final sunt convingătoare prin ele însele.

Contextul psihoterapiei

Deși această carte vizează în primul rând utilizarea hipnozei ca modalitate de a ajuta persoanele să-și gestioneze problemele legate de stres, există și alți factori terapeutici care joacă un rol important în procesul de vindecare. În consecință, din motive care vor deveni evidente, este necesar ca hipnoterapeuții să înțeleagă într-o anumită măsură și ceilalți factori terapeutici. Există cercetări relevante care au arătat că :

1. diferite terapii au în general rezultate similare ;
2. nu există nici o abordare terapeutică net superioară unei alte forme de tratament al unei probleme specifice.

Acest lucru poate fi sintetizat în metafora *dodo bird verdict* („toți au câștigat și toți merită premii”) (Luborsy, 1995).

Factorii comuni

Bazându-se pe cercetările rezultatelor terapeutice, Lambert (1992) conchide că 40% din succesul terapeutic poate fi atribuit „schimbărilor extraterapeutice” (de exemplu, evenimente accidentale, suportul social, întărirea eului etc.), 30% „factorilor comuni” care se regăsesc în toate terapiile indiferent de orientarea teoretică a terapeutului, iar 15% „tehnicii” psihoterapeutice specifice (de exemplu, desensibilizarea sistematică, hipnoza etc.). Nici o formă de psihoterapie nu este superioară alteia, dar toate sunt superioare lipsei de tratament (Lambert și Bergin, 1994). Abordarea factorilor comuni (Frank, 1973 ; Lambert, Bergin, 1994) urmărește să determine nucleul comun al diferitelor forme de psihoterapie, cu scopul final de a crea

tratamente mai eficace și integrative bazate pe aceste puncte împărtășite.

Însă nu toate școlile de psihoterapie abordează acești factori în mod egal. De obicei, în fiecare școală, unul sau doi factori (de obicei unul) sunt considerați centrali, iar ceilalți li se atribuie un statut secundar. Deși în continuare factorii comuni sunt discutați separat, este evident că ei nu sunt de fapt izolați, ci între ei apar suprapuneri considerabile.

Povestea

Toate intervențiile psihoterapeutice se bazează pe o „poveste” teoretică sau o „hartă” care de obicei explică etiologia problemei prezentate, precum și simptomatologia, modul cum este ea menținută și cum poate fi tratată. Unele povești terapeutice sunt extrem de elaborate (de exemplu, în psihanaliză), în timp ce altele sunt mai simple (de exemplu, în terapia comportamentală). În general, există încercări de justificare a poveștii în termeni de cercetare și dovezi clinice, deși metodele de cercetare folosite sunt, în parte, povestea în sine ! Punctul de vedere de mai sus se aplică și în hipnoza clinică, din acest motiv fiind necesar ca practicianul care folosește hipnoza pentru problemele legate de stres să pună în legătură „povestea hipnozei” cu „povestea stresului” într-un mod care să fie înțeles la nivel conștient și inconștient de către pacient, deoarece aceasta va diminua considerabil orice rezistență și va crește eficacitatea intervenției. Credința profundă că pacientul se va face bine dacă se angajează în ritualurile terapeutice asociate este intrinsecă poveștii. Atunci când pacientul împărtășește această credință cu terapeutul, se construiesc așteptări mari și speranța unui succes terapeutic, ce acționează ca un placebo foarte puternic. Beecher (1959) consideră că răspunsul

terapeutic la orice tratament medical poate fi atribuit în proporție de până la 35 % efectului placebo.

Ritualul

Ritualul terapeutic promovează în primul rând „povestea” : de exemplu, în psihoterapiile psihodinamice, un concept teoretic cheie este importanța experiențelor timpurii și „ritualurile” hipnoanalitice, cum ar fi răspunsurile cu semnalizarea ideodinamică cu ajutorul degetului și terapia stărilor eului, care încearcă să aducă la suprafață aceste experiențe timpurii. De fapt, o mare parte din materialul prezentat în restul cărții este legat de ritualurile hipnotice. Mesmer oferă un bun exemplu al importanței ritualurilor, pe care l-am descris în următorul capitol.

Relația terapeutică

Cercetările arată că unul dintre cei mai importanți factori în rezultatul psihoterapiei este relația dintre terapeut și pacient (Bergin, Lambert, 1978 ; Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, Cohen, 1983 ; Clarkson, 1998). Afecțiunea mutuală, în limitele etice, dintre terapeut și pacient este unul dintre cei mai puternici factori psihoterapeutici care influențează schimbarea. Trebuie conștientizat faptul că terapeuții nu își pot ajuta, ci își influențează pacienții ; uneori, aceștia se însănătoșesc pentru că doresc să îi facă plăcere terapeutului. Terapeuții trebuie, la rândul lor, să comunice pacienților că le pasă de ei și că se merită ca aceștia din urmă să investească în relația terapeutică. Murcott (2005) sintetizează cercetările asupra relației terapeutice în contextul medicinei complementare și conchide că rezultatul este influențat de calitatea relației dintre clinician și pacient.

De asemenea, după cum se poate demonstra, cel mai puternic instrument în tratamentul hipnotic al oricărei persoane este

relația hipnoterapeutică. Deoarece hipnoza este o experiență colaborativă mai degrabă decât un tratament unilateral aplicat pacientului, este extrem de important să alocăm timp și efort dezvoltării unei relații pozitive cu pacientul mai mult decât să ne concentrăm asupra dezvoltării abilităților tehnice în hipnoză. Alianța terapeutică este întreținută de anumite caracteristici ale personalității terapeutului ; de exemplu, empatia, căldura și autenticitatea (Truax, Carkhuff, 1967). Propunem în continuare o discuție mai aprofundată asupra acestor „condiții centrale”. Pentru a se schimba, pacienții au nevoie, mai mult decât de orice, de curaj, care se poate construi în contextul unei relații ce le permite să se afirme. Dacă pacientul nu vrea să se facă bine sau nu este pregătit pentru ameliorare, nu poate fi ajutat de terapeut ; aceasta înseamnă că pacientul trebuie să fie întotdeauna motivat, pentru a fi vindecat. În contextul hipnoterapiei, trebuie evaluată ideodinamic dorința inconștientă de angajare în procesul terapeutic (pentru o explicație detaliată, vezi capitolul 5).

Clarkson (2003, p. 7) a identificat un cadru psihoterapeutic integrativ care conține cinci raporturi posibile ale relației client-terapeut, și anume :

- alianța de lucru ;
- relația transferențială/contratransferențială ;
- relația necesară developmental-reparatorie ;
- relația interpersonală ;
- relația transpersonală.

Clarkson afirmă :

Cadrul Clarkson, cu cinci tipuri de relație, furnizează un principiu integrativ concentrat pe similitudinile și diferențele dintre abordările psihoterapeutice și distinge ce relație este favorizată de

fiecare abordare. Acest cadru promovează flexibilitatea recomandată și specializarea fiecărui psihoterapeut, indiferent de formarea sa (p. 7).

Conform lui Clarkson, aceste raporturi sunt prezente în toate relațiile terapeutice, deși în momente diferite, în funcție de numărul de factori (de exemplu, faza terapiei, natura problemei și concentrarea terapeutică). Analiza lui Clarkson este deopotrivă aplicabilă în cazul hipnoterapiei și al altor psihoterapii și asigură o examinare profundă a importanței relației în context hipnoterapeutic.

Catharsisul

Termenii *catharsis*, *abreacție* sau *descărcare emoțională* pot fi folosiți ca sinonime din punct de vedere cognitiv, deși în discuția care urmează va fi utilizat cu precădere termenul *catharsis*. Definițiile variază, dar cele mai reprezentative sunt următoarele două :

O eliberare sau o descărcare emoțională după reamintirea unei experiențe dureroase care a fost reprimată din cauza faptului că era intolerabilă la nivel conștient. Un efect terapeutic apare uneori prin descărcarea parțială a desensibilizării emoțiilor dureroase și creșterea *insight*-ului (Asociația Americană de Psihiatrie, 1980, p. 1).

Un set complex de procese psihosomatice prin intermediul cărora ființa umană se purifică de supraîncărcarea produsă de stresul cauzat de frustrările cumulative ale nevoilor umane de bază. În consecință, definit astfel, catharsisul este un fenomen uman ciudat, ce poate fi atribuit unei ființe somatice capabile să iubească, să înțeleagă și să se autodirecționeze. Premisa este aceea că vulnerabilitatea majoră a acestor capacități active într-un corp și

o lume fizice este compensată de un proces restaurativ care eliberează persoana de tensiunea blocantă (Heron, 1998a, p. 6).

După cum se poate demonstra, este un aspect al psihoterapiei pentru care mulți terapeuți sunt insuficient pregătiți, deși catharsisul apare de obicei în toate abordările psihoterapeutice. Termenul *catharsis* provine din grecescul *katharsis*, care înseamnă „a se curăța” sau „a purifica”, și are întotdeauna un rol important în variatele ritualuri din societate, precum și în teatru, religie și sport (Scheff, 1979). Aceste activități pun la dispoziție ocazii acceptate social de experimentare și exprimare a gândurilor și sentimentelor tabu semnificative.

Multe abordări psihoterapeutice au surprins catharsisul la nivele diferite în cadrul sistemelor lor de reprezentare (Nichols, Zax, 1977 ; Hawkins, 1986 ; Heron, 1988a). Catharsisul a fost considerat esența tratamentului psihanalitic, așa cum s-a demonstrat în faimosul caz al Anei O., descris de Breuer și Freud (1895/1955) în *Studii asupra isteriei*. În centrul acestor sisteme terapeutice se regăsește convingerea că descărcarea emoțională a materialului traumatic reprezentativ conduce la eliberarea de tensiunea emoțională, evoluând astfel către ameliorarea simptomelor fizice și psihologice. Totuși, trebuie menționat că *insight*-ul este de asemenea considerat o componentă importantă a schimbării terapeutice în majoritatea abordărilor. Catharsisul este în general considerat necesar, dar nu și suficient ca o condiție pentru schimbare.

Este posibil ca într-un anumit moment al lucrului cu pacientul, prin folosirea hipnozei, să apară o abreacție emoțională sau catharsisul, deși terapeutul nu a intenționat acest lucru. Adesea, terapeuții nu sunt pregătiți să gestioneze asemenea izbucniri emoționale și administrează deficitar situația, deoarece nu au pregătirea necesară sau nu înțeleg suficient aceste evenimente.

Cele două greșeli de gestionare întâlnite cel mai frecvent sunt încheierea prematură sau „profunzimea prea mare prea curând”. Autorul promovează punctul de vedere conform căruia terapiei trebuie să accepte exprimarea emoțională în aproape orice context terapeutic. Astfel, pacienții învață să recunoască, să accepte și să își exprime sentimentele. Deși catharsisul nu este punctul central al terapiei, în general, e o idee bună să li se permită pacienților să plângă sau să își exprime mânia atunci când aceste sentimente apar. Într-adevăr, când un pacient își spune și respune povestea, emoția se descarcă prin exprimarea verbală și nonverbală.

Aspectele legate de gestionarea eficientă a catharsisului în contextul hipnozei sunt discutate în capitolul 5, în care sunt prezentate abordările hipnoanalitice din gestionarea stresului, deși trebuie să ne amintim că pacienții pot fi tulburați emoțional în orice situație (de exemplu, atunci când fac programarea sau în timpul evaluării inițiale).

Reducerea anxietății și suportul emoțional

Acesta este probabil unul dintre aspectele cele mai importante în psihoterapie. Atunci când vorbește despre evenimentele stresante ale vieții, pacientul manifestă de obicei anxietate și alte sentimente negative direcționate spre rude și prieteni. Acestea nu se manifestă însă atunci când vorbește cu terapeutul. Alexander (Alexander, French, 1946) a numit acest proces „experiență emoțională corectivă”. Este important ca terapeutul să rămână calm și să se dovedească în stare să suporte starea afectivă neplăcută a pacientului sau a sa. Atunci când o persoană este stresată, se înregistrează o funcționare deficitară a concentrării, memoriei și atenției. În consecință, reducerea anxietății deblochează aceste funcții cognitive

importante și îi permite individului să folosească propriile resurse pentru a rezolva problema. Trebuie de asemenea subliniat că ameliorarea anxietății conduce adesea la reducerea sau eliminarea simptomelor psihopatologice în majoritatea tulburărilor psihosomatice.

Asigurarea unui nou context cognitiv

Fiecare sistem psihoterapeutic asigură pacientului un nou context cognitiv care îi permite pacientului să interpreteze sau să înțeleagă propriul comportament și funcționarea sa psihosomatică, precum și a altora. Cu sprijinul terapeutului, situațiile de viață și oamenii sunt percepuți ca fiind mai puțin amenințători pentru pacient. În hipnoanaliză, pacienții pot adesea să își reevalueze experiențele timpurii și aceasta le asigură un nou context cognitiv în care să dea dovadă de mai multă inițiativă în luarea unor decizii importante de viață sau reformularea scopurilor terapeutice cheie.

Persuasiunea și sugestia

Convingerea terapeutului în ceea ce privește eficacitatea metodelor sale terapeutice și sugestionarea pacientului că terapia va reuși sunt elemente majore în toate psihoterapiile. Jerome Frank (1973) consideră „ridicarea moralului” și „creșterea speranței”, condiții preliminare necesare în schimbarea modurilor de gândire și a obiceiurilor comportamentale. Insuflarea unei speranțe realiste pacientului este unul dintre ingredientele cele mai importante ale unei terapii încununate de succes (McDermott, Snyder, 1999; Snyder, Taylor, 2000). Dacă pacienții întrevăd o posibilitate de rezolvare a problemei lor legate de stres, atunci vor dezvolta adesea sentimente mai

pozitive în privința problemelor lor. E interesant de menționat că Lynn și Hallquist (2004) au concluzionat recent că succesul lui Erickson în folosirea intervențiilor hipnotice în psihoterapie s-ar putea datora modului în care a dezvoltat răspunsuri pozitive la pacienții săi, precum și mediului terapeutic potrivit.

Identificarea cu terapeutul

Pacientul se identifică în mod firesc cu sistemul de valori al terapeutului. Tonul vocii sale informează pacientul în legătură cu ceea ce este considerat normal sau anormal de către terapeut. În consecință, este extrem de important ca personalitatea terapeutului să fie caracterizată de flexibilitate și toleranța față de orice poziție ideologică și morală extremă. Trebuie să ne amintim întotdeauna că primul scop al psihoterapiei este de a satisface nevoile pacientului, și nu ale terapeutului.

Dezvoltarea autocontrolului și autonomiei

Potrivit lui Strupp (1983), achiziția autocontrolului și autonomiei sunt scopuri comune în toate tipurile de psihoterapie. Așa cum am menționat anterior, autodirecționarea este o nevoie psihologică umană de bază. În contextul hipnoterapiei, pacientul este învățat autohipnoza încă de la începutul terapiei, pentru a-i dezvolta simțul autonomiei și independenței.

Repetiția și confruntarea

În cele din urmă, repetiția și confruntarea cu problema actuală constituie trăsături comune ale tuturor psihoterapiilor (Strupp,

1983). Orice se întâmplă în cabinetul clinicianului nu are nici o valoare dacă nu poate ajuta pacientul să se descurce cu problema reală din viața sa. În contextul hipnoterapiei, se folosește adesea tehnica de a cere pacientului să se imagineze într-un moment viitor în care problema este rezolvată. Numai atunci când pacienții pot face acest lucru fără dificultate trebuie încurajați „să facă lucrul respectiv în realitate”, dacă, având în vedere problema de prezentare, acest lucru este posibil.

Condiții centrale

Rogers (1971, 1980) subliniază că trebuie să se acorde o importanță mai mare persoanei sau clientului, mai degrabă decât problemelor prezentate. Argumentul său este că pacientul poate deveni autodirecționat în cadrul relației terapeutice, dacă terapeutul manifestă empatie, congruență și acceptare pozitivă necondiționată.

Empatia

Prin empatie, terapeutul examinează împreună cu pacientul acuratețea înțelegerii sale. Această verificare poate fi facilitată acordând atenție limbajului corporal al pacientului. Indiciile nonverbale, precum roșeața, bâlbâiala, schimbările în frecvența respirației, dinții încleștați, pumnul strâns sau autoîmbrățișarea, sunt indicii valoroase pe care se sprijină manifestarea empatiei. Tonul vocii este un alt indiciu valoros: de exemplu, în cazul furiei, tonul e ridicat, ascuțit și crește în volum; în cazul temerii, poate fi înalt și strident; când exprimă tristețe, e scăzut, slab sau înfundat; în cazul dragostei, este cald și aprobator. Empatia ține mai mult de atitudine decât de tehnică. Ea solicită creativitate din partea terapeutului, pentru

a intra în numeroasele lumi diferite ale perspectivelor pacienților. O'Leary (1993) spunea :

Empatia poate fi asemănată cu două coarde ce se acordează după aceeași notă. Atunci când una este lovită, cealaltă prinde sunetul emis de prima fără să piardă nimic din natura sa esențială. Empatia înseamnă acordarea la lungimea de undă a clientului. Consilierul trebuie să se acordeze la lungimea de undă a clientului (p. 113).

Congruența

Congruența se referă la abilitatea terapeutului de a scoate la suprafață sinele său adevărat. Aceasta nu depinde de rolul său profesional, ci mai degrabă de folosirea propriei personalități pentru a conferi autenticitate relației. Pentru a da dovadă de congruență, terapeutul trebuie să știe cum să răspundă în timpul consilierii și, dacă este potrivit să procedeze astfel, să îl facă pe client conștient de acest lucru. O'Leary afirmă :

Congruența nu este autodezvăluire. Terapeuții nu exprimă tot ceea ce experimentează într-un anumit moment pentru a da dovadă de congruență. De fapt, congruența apare în contextul relației terapeutice și asigură concentrarea asupra nevoilor clienților, și nu asupra nevoilor terapeuților (p. 135).

Acceptarea pozitivă necondiționată

Acceptarea pozitivă necondiționată semnifică o atitudine pozitivă, neperversă de judecăți de valoare, și aprobare din partea terapeutului în relație cu pacientul. Necondiționarea îi conferă pacientului libertatea de a se dezvălui în relația terapeutică,

deoarece știe că terapeutul îl va accepta fără să îl judece. Experiența de a se simți acceptat necondiționat de către terapeut îi facilitează pacientului procesul învățării de a se accepta pe sine însuși. Prin natura sa, necondiționarea este opusă diagnosticării și etichetării : terapeuții se gândesc la clienții lor ca la indivizi care trec prin anumite dificultăți din viața lor, în acest moment. Absența condiționării implică valorizarea fără rezerve a pacientului, terapeuții realizând acest deziderat prin ascultarea a ceea ce au de spus pacienții. Pietrofesa, Hoffman și Splete (1984) consideră că, pentru mulți pacienți, aceasta ar putea fi prima lor experiență de acceptare în manieră necondiționată „fără nici un fel de cerințe” (p. 105).

Compasiunea

În afară de cele trei condiții fundamentale sugerate de Rogers, există și alți factori terapeutici care trebuie considerați la fel de importanți. În opinia lui Brandon (1976) :

Adevărata pârgie în asistența pe care o acordăm, cea care se dovedește eficientă, este compasiunea. (p. 6) [...] Fără ea, relația dintre oameni seamănă cu frunzele uscate în vânt. Ingredientele compasiunii sunt deschiderea, sentimentul de intimitate și sensibilitatea. Aceste valori reprezintă căutarea profundă și deschisă în altă persoană, precum și înțuirea nevoilor și dorințelor sale. Compasiunea față de ceilalți și față de sine începe cu diminuarea numărului de judecăți de valoare. Compasiunea înseamnă a acorda oamenilor spațiu : deschiderea ușilor mai degrabă decât închiderea lor ; adresarea de întrebări mai degrabă decât furnizarea de răspunsuri. Compasiunea este procesul care constă în contactul profund cu sursa primordială a dragostei. Este comunicarea directă din profunzimea propriei existențe (pp. 48-79).

Fromm (1956) subliniază că grija, responsabilitatea și cunoașterea sunt atitudinile prin care se manifestă compasiunea (p. 20). Erickson (1965) atrage atenția de asemenea că este important să conștientizăm faptul că pacientul, în calitate de personalitate umană, are nevoi. El menționa :

A pune bolii un diagnostic corect și a ști metoda corectă de tratament nu este suficient. Este foarte important ca pacientul să fie receptiv la terapie și să coopereze. Fără cooperarea deplină a pacientului, rezultatele terapeutice sunt întârziate, distorsionate, limitate sau chiar împiedicate... A încerca terapia asupra unui pacient doar aparent sensibil, rezonabil și inteligent atunci când pacientul este de fapt guvernat de forțe și emoții inconștiente, care nu se manifestă deschis ori sunt întru totul necunoscute, a trece cu vederea reacțiile inconștiente referitoare la informații potențial semnificative ne pot îndrepta cu ușurință spre eșec sau spre rezultate nesatisfăcătoare... Terapeuții trebuie să dea dovadă de mai mult respect pentru pacienții lor și să aprecieze corect lipsa de rațiune sau slăbiciunile umane... Terapeuții care doresc să își ajute pacienții nu trebuie să certe, să condamne sau să respingă vreo latură a comportamentului pacientului doar pentru că este obstructiv, nerezonabil sau chiar irațional. Comportamentul pacientului reprezintă o parte din problema pentru care a venit la cabinet; el constituie mediul personal asupra căruia terapia trebuie să acționeze; el poate constitui forța dominantă în relația globală pacient-medic (p. 57).

Sarcina terapeutului nu trebuie să fie caracterizată de prozelitism în sensul impunerii propriilor convingeri și sisteme de semnificații... Este nevoie de construirea unui mediu terapeutic care să îi permită pacientului să își folosească propria gândire, propriile sisteme de semnificare, propriile emoții, în felul care i se potrivește cel mai bine în schema generală a vieții sale (p. 65).

Analiza celor șase categorii de intervenții

Heron (2001) a „operaționalizat” numeroase elemente esențiale discutate mai sus în câteva categorii de intervenție de bază, reunite sub denumirea de „analiză a celor șase categorii de intervenții”. Cele șase categorii sunt grupate în două clase :

Intervenții autoritare

1. prescriptive – sfaturi, critici, evaluări, judecăți de valoare ;
2. informative – didacticismul, informarea, interpretarea ;
3. instigatoare – provocarea, feedbackul direct.

Intervenții facilitatoare

4. cathartice – încurajarea pacientului pentru a descărca tensiunea prin râs, plâns, tremurat și agitație ;
5. catalitice – reflectarea, încurajarea rezolvării de probleme autodirecționată ;
6. suportive – aprobarea, confirmarea și validarea pacientului ca ființă umană. O intervenție suportivă confirmă valoarea și demnitatea pacientului.

Acest model furnizează clinicianului forme diferite de comportamente de ajutorare, ce pot fi adaptate în lucrul cu pacientul.

Deși această carte prezintă în primul rând hipnoza și aplicațiile ei pentru pacienții care au probleme legate de stres, este evident că practicianul trebuie să cunoască toți factorii care afectează rezultatele clinice. Astfel, cunoașterea factorilor terapeutici comuni tuturor terapiilor, incluzând condițiile de bază necesare pentru un ajutor eficace, este extrem de importantă. Pentru a fi un bun hipnoterapeut, este necesar în

primul rând să fiți un clinician bun, cu abilități pentru fiecare dintre cele șase categorii elucidate de Heron. Hipnoterapeuții nu sunt tehnicieni, ci clinicieni creativi, capabili să își folosească abilitățile în mod inovator, permițând pacientului „să își cânte cântecul propriu”. Multe lucruri redată în această carte se referă la tehnici și strategii, dar acestea trebuie aplicate selectiv, creativ și în conformitate cu normele etice, astfel încât să se respecte integritatea și autonomia pacientului.

Capitolul 2

Hipnoza și stresul

O poveste Zen spune că era odată o femeie care nu se putea hotărî pe ce uşă să iasă dintr-o încăpăre cu două ieşiri ce duceau spre lumea de afară. După mai multe ore de şovăială, femeia a pus mai multe saltele în faţa unei uşi şi a adormit. Când s-a trezit dimineaţa devreme, a analizat din nou întreaga problemă. O uşă era liberă, iar cealaltă era blocată de grămada de saltele ! A oftat şi a strigat că acum nu mai are de ales !

Stresul

Trăim la ora actuală într-o lume care, deşi se presupune că este mai civilizată, creează un stres tot mai mare pentru individ. Societatea profund comercială şi orientată spre consum îi constrânge pe oameni să arate bine, să ajungă la un anumit statut prin posesiuni materiale şi calificare şi să deţină ultimele tehnologii şi accesorii la modă. În consecinţă, există destul de puţine ocazii în care persoana îşi poate satisface nevoile spirituale şi transpersonale. Mulţi „cad pe drum” din cauza lipsei de resurse financiare, sociale şi personale, care le frânează eforturile de satisfacere a nevoilor individuale şi de status. Paralel cu aceste imperative, au loc, printre altele, infracţiuni stradale, intimidări, poluare şi blocaje în trafic. Nu este deci de mirare că stresul şi problemele legate de stres sunt în creştere.

Termenul *stres* are semnificații diferite pentru oameni. În definițiile contemporane ale stresului se face referire la stresul extern din mediu ca stresor (de exemplu, problemele de serviciu, conflictele în familie, mutarea), răspunsul la stresor este numit stres sau distres, iar conceptul de *stres* implică modificări biochimice, psihologice, comportamentale și fiziologice. Cercetătorii fac distincție de asemenea între stresul dăunător, care produce lezini (distres), și eustres, care este pozitiv și benefic (Ogden, 2000, p. 232). Hanson (2004) menționează „stresul drăguț” și „stresul rău”. Autoarea scrie :

Stresul drăguț include probabil conducerea lumii, câștigarea unei averi, programul aglomerat, planificarea fiecărui minut al zilei, a avea un scop, a ști cine și unde ești. Acesta este un stres drăguț, antrenant – acel tip care produce hormonul numit dehidroepiandrosteron sau DHEA-S. Acesta ajută la o funcționare mai bună a creierului și memoriei, întărește mecanismele de apărare ale corpului, întărește sistemul imunitar, face bine tenului și prelungește viața. Stresul urât este cel care pare să nu se mai termine, al cărui capăt nu se întrezărește: datoriile interminabile, suferința, ruperea relațiilor sau intimidarea pot provoca un astfel de stres, iar acesta conduce la hipertensiune arterială, deznădejde, palpitații, dureri de cap, probleme intestinale, insomnie și creșterea numărului de infecții minore. Oamenii care au slujbe prost plătite și trăiesc în sărăcie suferă de cel mai distructiv tip de stres (p. 8).

Stresorii

Există numeroși stresori care pot afecta individul; unii sunt actuali, iar alții istorici (de exemplu, cei care provin din experiențe anterioare din viața persoanei). Stresorii actuali pot fi întâlniți în viața celor mai multe persoane și sunt legați de experiențele de viață, precum și de situațiile fizice și de mediu (vezi figura 2.1).

Holmes și Rahe (1967) au realizat o schemă a experiențelor recente (SRE), în care e menționată o listă a schimbărilor și evenimentelor ce pot apărea în viața unui individ. Acestea au fost evaluate în termeni de „stres” obiectiv, foarte severi (de exemplu, moartea unuia din soți, moartea unei rude apropiate, divorț, mutare, pensionare) până la cei mai puțin severi (de exemplu, concedii, schimbări în obiceiurile alimentare, schimbări în obiceiurile de dormit). Se presupune că scorul SRE indică nivelul de stres al persoanei și, concomitent, starea sa de sănătate. Există însă numeroase probleme asociate cu SRE, trecute în revistă de Ogden (2000, pp. 234-236). Cronicitatea experiențelor de viață reprezintă un aspect semnificativ, care nu este luat în considerare de Holmes și Rahe. Există numeroase experiențe de viață în desfășurare sau cronicizate. Moos și Swindle (1990) le identifică pe următoarele :

- stresori legați de sănătatea fizică (de exemplu, afecțiuni medicale, intervenții medicale) ;
- stresori legați de cămin și vecinătate (de exemplu, siguranță, curățenie, poluare) ;
- stresori financiari ;
- stresori la locul de muncă (de exemplu, probleme interpersonale, suprasolicitare, termene-limită) ;
- stresori legați de partener/soț (de exemplu, probleme emoționale cu partenerul) ;
- stresori legați de copii ;
- stresori legați de familia extinsă ;
- stresori legați de prieteni.

Autorii consideră că evenimentele de viață nu pot fi evaluate izolat, ci trebuie integrate în cele două fațete ale vieții individului : resursele sociale actuale, precum rețelele de suport social și resursele financiare, și stresorii actuali.

STRESORI ZILNICI OBIȘNUIȚI

Stresori legați de boală
Stresori chimici
incluzând mâncarea/
băutura
Stresori de mutare
Stresori dureroși

Stresori legați de fobii
Stresori fizici
Stresori de mediu
Stresori de decizie
Stresori financiari

Stresori de schimbare
Stresori emoționali
Stresori sociali
Stresori la serviciu
Stresori familiari

SUPRAÎNCĂRCARE CU STRES

TRAUME MAJORE
de exemplu, război, viol la adult,
tortură, dezastre naturale/civile,
tălhării, boli fizice grave,
terorism, confruntări militare

STRESORI ISTORICI
de exemplu abuz sexual și
fizic la copil, spitalizare,
intimidare, alienare,
separare și suferință

Figura 2.1. Stresori actuali și istorici

Se știe la ora actuală faptul că nu orice stres provine dintr-un eveniment de viață major. Evenimente nesemnificative, precum pierderea autobuzului, o răceală, faptul că plouă, pot fi de asemenea stresante și sunt numite hărțuiri zilnice. Kanner, Coyne, Schaefer și Lazarus (1981) au măsurat acești stresori minori cu ajutorul Scalei de Hărțuială, indicând că stresorii minori sunt cel mai frecvent raportați la :

- griji legate de greutatea și forma corpului ;
- sănătatea unui membru al familiei ;
- creșterea prețului mărfurilor de larg consum ;
- întreținerea casei ;
- prea multe lucruri de făcut ;
- pierderea sau rățacirea unor obiecte.

De asemenea, autorii au descoperit că experiențele pozitive fac în așa fel încât aceste iritații minore să devină mai ușor de

suportat, reducând impactul lor asupra sănătății. Printre experiențele pozitive găsite, măsurate cu ajutorul Scalei de Autodezvoltare, se numără :

- relația bună cu partenerul ;
- relația bună cu un prieten ;
- realizarea unei sarcini ;
- sănătatea ;
- somnul suficient ;
- mâncatul în oraș ;
- ambientul plăcut al căminului.

Într-un studiu recent, Steptoe, Wardle și Marmot (2005) sugerează că stările pozitive, precum fericirea, protejează și influențează direct procesele biologice importante. Cercetările lor au demonstrat că acestea au efecte pozitive la bărbații și femeile de vârstă medie, constând în reducerea activității neuroendocrine, inflamatorii și cardiovasculare.

SOMATIC	COMPORTA-MENTAL	EMOȚIONAL	COGNITIV
de exemplu, creșterea tensiunii musculare, creșterea presiunii sangvine și a frecvenței cardiace, transpirație, probleme intestinale, dureri de cap, greață și senzație de vomă, tremur, ticuri, necoordonare	de exemplu, mâncatul abuziv și consumul excesiv de alcool, cafea și zahăr, fumatul, probleme cu somnul (coșmaruri), disfuncții sexuale, apariția comportamentelor necaracteristice de diminuare a interesului	de exemplu, anxietate ridicată, depresie și furie, neajutorare, lipsa de speranță, stimă de sine scăzută, agitație, oboseală rapidă, iritare, panică, ipohondrie ridicată, agravarea problemelor de personalitate	de exemplu, distragere crescută, diminuarea concentrării, afecțiuni ale memoriei, îngrijorare, teama amplificată de a nu greși

Figura 2.2. Efecte ale stresului pe termen scurt

Efectele stresului

Atunci când stresorii acționează intens și prelungit, ei pot conduce la supraîncărcare, cu consecințe fiziologice, comportamentale, emoționale și cognitive imediate (figura 2.2).

Acestea sunt caracteristice așa-numitei reacții de fugă sau luptă, sintagmă introdusă de Cannon (1932), ce descrie reflexele primitive ale activării simpatice și adrenergice ca răspuns la pericolul perceput și la alte presiuni din mediu. În continuare, redăm efectele deteriorante ale stresului asupra sănătății din perspectiva lui Hans Selye (1956).

Indivizii pot face față de obicei unui anumit grad de stres prin apelul la anumite strategii. Însă unele strategii pot fi ineficiente sau chiar agravante; de exemplu, mâncatul în exces, fumatul etc. Dacă persoana continuă să fie stresată, atunci apar probleme psihosomatice mai severe, precum morbiditatea cardiovasculară, și consecințe posibile asupra stilului de viață, ca urmare a diminuării calității vieții (figura 2.3).

TULBURĂRI SOMATICE

de exemplu,
dureri de cap,
probleme
gastrointestinale,
astm bronșic,
diabet zaharat,
disfuncții
imunitare,
probleme
musculare

PROBLEME COMPORTA- MENTALE

de exemplu,
alcoolism,
muncă în exces,
comportament
obsesiv,
obezitate,
tulburări de
somn, probleme
de relaționare,
probleme
sexuale

TULBURĂRI EMOȚIONALE

de exemplu,
anxietate
cronică,
depresie, fobii,
schimbări de
personalitate,
boli mentale

PROBLEME COGNITIVE

probleme de
memorie,
gânduri
obsesive,
probleme
academice

Figura 2.3. Efecte ale stresului pe termen lung

O perspectivă complexă asupra stresului

Până acum, am conceptualizat stresul ca răspuns automat la un stresor extern. Acest punct de vedere este reflectat și în teoria evenimentelor stresante ale vieții, care sugerează că individul răspunde evenimentelor prin reacții la stres, strâns legate de starea sa de sănătate. Un punct de vedere întru câțva diferit sugerează că individul nu răspunde pasiv la stresori, ci interacționează cu ei (Lazarus, Cohen, 1973, 1977; Lazarus, 1975). Lazarus susține că individul califică situația potențial stresantă ca fiind sau nu stresantă, proces pe care îl numește evaluare primară. Individul se angajează și într-un proces de evaluare secundară, ce implică evaluarea punctelor pro și contra ale strategiilor sale de *coping*. Forma evaluării primare și secundare sugerează dacă persoana manifestă sau nu o reacție la stres. Dacă evenimentul este evaluat ca stresor, atunci apar schimbări psihofiziologice (figura 2.2). Efectele psihofiziologice ale stresului sunt considerate adaptative, atunci când persoana se pregătește să răspundă stresului, sau neadaptative, atunci când îi afectează sănătatea.

Stresul a fost de asemenea conceptualizat ca rezultat al înzestrărilor autoeficienței (Lazarus și Folkman, 1987), al rezistenței (Maddi și Kobasa, 1984) și al îndemnării persoanei (Karasek și Theorell, 1990). În consecință, succesul mecanismelor de *coping* și autogestionarea reduc stresul, în timp ce eșecul autoreglării conduce la reacții însoțite de schimbări psihofiziologice. Eșecul prelungit al autoreglării produce boli legate de stres și, bineînțeles, boala însăși este un eveniment stresant. Dacă boala este percepută ca stresantă, atunci aceasta poate exacerba stresul și reduce șansele de recuperare.

Boli legate de stres

Boala legată de stres poate fi rezultatul schimbărilor comportamentale și fiziologice sau o interacțiune dintre cele două categorii. Cercetările arată că stresul poate afecta comportamentul specific legat de sănătate, precum și schimbările comportamentale mai generale. Comportamentele specifice legate de sănătate care pot fi influențate de stres sunt :

- fumatul (Lichtenstein, Weiss, Hitchcock, 1986 ; Carey, Kalra, Carey, Halperin, Richard, 1993) ;
- consumul de alcool (Herold, Conlon, 1981 ; Violanti, Marshall, Howe, 1983 ; Cappell, Greeley, 1987) ;
- dieta (Michaud, Kahn, Musee, 1990 ; Conner, Fitter, Fletcher, 1999) ;
- practicarea sexului neprotejat (Irons, Schneider, 1997) ;
- abuzul de substanțe psihoactive.

La un nivel mai general, cercetările sugerează că indivizii care experimentează nivele înalte de stres prezintă o tendință mai mare de angajare în comportamente dăunătoare ce potențază boala sau lezarea (Wiebe, McCallum, 1986 ; Irons, Schneider, 1997). De exemplu, individul poate crește consumul de alcool, țigări, cafea și bomboane și poate să reducă exercițiile fizice. Toate aceste comportamente sunt legate de apariția unor boli variate (Baer, Garmezy, McLaughlin, Pokorny, Wernick, 1987) și de lezarea prin accidente (Johnson, 1986).

Boala poate fi de asemenea legată de stres prin căi fiziologice. Acestea sunt rezumate de Ogden (2000, p. 242) după cum urmează :

- Stresul poate produce o creștere a secreției acide în stomac, o posibilă cauză a ulcerului.

- Stresul conduce la producția în exces a catecolaminelor, care duce la accelerarea coagulării sângelui, crescând astfel șansele unui infarct miocardic.
- Excesul de catecolamine poate produce o boală renală.
- Infarctele miocardice și atacurile vasculare cerebrale pot fi produse de stres prin intermediul creșterii răspunsului cardiovascular și a leziunilor arterelor produse de formarea plăcilor de aterom și a depozitelor de grăsime.
- Stresul duce la producerea în exces a corticosteroizilor, care provoacă artrita.
- Stresul determină creșterea nivelului de catecolamine și corticosteroizi, care afectează sistemul imunitar, persoana fiind astfel mai susceptibilă la infecții.

Psihoneuroimunologia

Psihoneuroimunologia se bazează pe asumția că starea psihologică a unei persoane poate influența sistemul său imunitar și, astfel, starea sa de sănătate. Anumiți factori psihologici au un rol în funcționarea sistemului imunitar. Aceștia includ dispoziția, suprimarea gândurilor și stresul. O dispoziție bună pare să favorizeze funcționarea sistemului imunitar, în timp ce una negativă o perturbă (Stone, Cox, Valdimarstottir, Jandrof, Neale, 1987 ; Cohen, Doyle, Turner, 2003). Stresul poate afecta sistemul imunitar al unei persoane și poate duce la prelungirea unor probleme și la ocurența unei simptomatologii psihosomatice ulterioare (Adler, Felton, Cohen, 1991 ; Walker, Johnson, Eremin, 1993 ; Black, 1994 ; Walker, Eremin, 1995 ; Gruzelier, Levy, Williams, Henderson, 2001 ; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, Glaser, 2001). Studii recente arată de asemenea că stresul poate compromite sistemul imunitar, ceea ce îl face mai sensibil la infecțiile oportuniste (Glaser, Lafuse,

Bonneau, Atkinson, Kicol-Glaser, 1993 ; Castes *et al.*, 1999 ; Dbhahar, Satoskar, Bluethmann, David, McEwen, 2000 ; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2001). În sens invers, hipnoza poate modula eficace funcționarea sistemului imunitar prin modificarea activității hipotalamusului (Rossi, 1986/1993 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Kiecolt-Glaser, Glaser, 1992 ; Ruzly-Smith, Barbasz, Brabasz, Warner, 1995 ; Solloway, 2004b).

Există dovezi ale faptului că suprimarea gândurilor este legată de apariția bolii, în timp ce exprimarea gândurilor poate spori activitatea sistemului imunitar (de exemplu, Gross, Levesnon, 1997 ; Patrie, Booth, Pennbaker, 1998). Există de asemenea date controversate legate de faptul că stresul afectează creșterea tumorală (Laudenslager, Ryan, Drugan, Hysen, Maier, 1983) și activitatea limfocitelor (Kiecolt-Glaser, Glaser, 1986). Mai recent, Rossi (2002) a prezentat dovezi care sugerează că o clasă specială de gene sunt adesea exprimate (expresia comportamentală pe bază genetică) într-o gamă largă de experiențe umane, asociate cu schimbarea stărilor de excitație, incluzând trezirea, somnul și visul. Aceste gene pot fi asociate cu experiențele stresante. Rossi sugerează de asemenea că experiența „conștientă” a noutății, îmbogățirea mediului și exercițiul fizic voluntar pot modula expresia genetică pentru a coda noi amintiri și învățarea (p. 12). Autorul numește acest proces „expresia genetică dependentă de experiență sau activitate”, care poate activa genele ce codează proteinele responsabile de neurogeneză în modalități care optimizează performanța, sănătatea și starea de bine. De interes central în genomica psihosocială este o clasă specială de gene timpurii imediate (sau „al treilea mesager”), activate în câteva secunde sau într-un minut sau două ca răspuns la semnale importante. Ele au un rol special în medierea excitației psihologice și în performanța optimă, dar și în răspunsul la stres (Morimoto, 2001). Există cercetări care

au demonstrat cum poate afecta stresul psihosocial funcționarea genomică celulară la nivelul sistemului imunitar (Glaser *et al.*, 1990, 1993 ; Malarkey, Glaser, Kiecolt-Glaser, Marucha, 2001).

Cercetările care evaluează intervențiile hipnotice pentru îmbunătățirea funcționării genomice celulare sunt încurajatoare, deși încă nu sunt concludente (Castes *et al.*, 1999). Este important acum să descoperim mai multe în legătură cu „al treilea mesager” și asocierea sa cu stresul, durerea și răspunsul de vindecare (Samad *et al.*, 2001). O ipoteză este aceea că evenimentele traumatice ale vieții și stresul cronic pot duce la desincronizarea dinamicii circadiene și ultradiene a ciclului de bază activitate-odihnă de 90-120 de minute la nivel genomic celular (Kaufer, Friedman, Seidman, Soreq, 1998 ; Cho, 2001 ; Rossi, 2002, 2005). Rossi, Lippencott și Basette (1995, p. 11) lansează ipoteza conform căreia stresul moderat „de asociere liberă” legat de problemele personale în timpul odihnei ultradiene poate reactiva ocazional codarea dependentă de stare a traumei sau a problemelor induse de stres care duc la recuperarea amintirilor privind sursa lor.

În timp ce domeniul imunologiei continuă să avanseze rapid, trebuie să ne amintim că tehnicile metodologice prezente de evaluare a sistemului imunitar sunt încă relativ rudimentare. Este important ca fiecare studiu să fie evaluat critic în contextul limitărilor curente. Însă, pe măsură ce literatura de cercetare se extinde, clinicianul trebuie să ia în considerare contribuția în creștere a psihoneuroimunologiei în înțelegerea bolii legate de stres și a psihosomaticii, precum și implicațiile pentru psihoterapie în general și hipnoterapie în particular.

Factorii mediatori

Mai pot fi identificați un număr de factori mediatori între stres și boală (McDaniel, Moran, Levenson, Stoudemire, 1994), incluzând exercițiul fizic (King, Blair, Bild, 1992), apartenența de gen (Stoney, Mathews, McDonald, Johnson, 1990), stilul de *coping* (Moos, Schaefer, 1984), evenimentele de viață (Schmale, Iker, 1996; Greene, 1966; Engel, 1971), personalitatea (Kissen, 1967; Greer, Morris, 1975; LeShan, 1977; Friedman, Thoresen, Gill, 1986; Grossarth-Maticek, Eysenck, Vetter, Fretzel-Beyme, 1986) și suportul social (Wills, 1985). În calitate de clinicieni, este important să recunoaștem acești factori atunci când lucrăm cu pacienți care au probleme legate de stres.

Catharsisul și stresul

Heron (1998a) a dezvoltat o abordare explicativă utilă în înțelegerea stresului, care se bazează atât pe principii umaniste, cât și psihodinamice. Autorul a presupus că orice persoană pornește în viață cu tendințe și resurse intrinsec pozitive, inclusiv un număr de nevoi de bază organizate dialectic. Acestea includ nevoia de a iubi și a-i îngriji pe ceilalți, nevoia de autodirecționare și autoafirmare, cu o capacitate de autoactualizare și „vindecare” și nevoia de a înțelege mediul extern și cel intern. Madanes (2001) a sugerat o a patra nevoie, și anume nevoia de a se căi pentru greșeli, fapte rele, leziuni produse altora și de a ierta alte persoane pentru răul produs asupra sieși. Aceste presupuneri de bază derivă din psihologia umanistă, mai ales din lucrările lui Carl Rogers (1951) și Abraham Maslow (1973). Însă, pentru ca ființele umane să

devină „pe deplin funcționale” sau „autoactualizate”, este esențială apariția unui mediu optim în stadiile critice de dezvoltare (Erikson, 1950). Acest lucru este imposibil de realizat, deoarece practicile sociale și politice distorsionate (parentale, educaționale, medicale, juridice) apar pe parcursul întregii noastre vieți atât în mod deschis, cât și la nivel ascuns și blochează împlinirea nevoilor psihologice de bază. Heron sugerează că, dacă nevoile sunt satisfăcute prin interacțiunea sănătoasă cu alți oameni și cu societatea, atunci individul va deveni o ființă umană împlinită și sănătoasă din punct de vedere psihosomatic. Una dintre sarcinile importante ale terapeutului este aceea de a ajuta pacientul în satisfacerea nevoilor sale personale, nu numai prin însuși procesul terapeutic, ci și prin intermediul relației terapeut-pacient.

Atunci când persoana este privată de satisfacerea nevoilor psihologice de bază, ea va experimenta „stresul”. E demonstrat faptul că acest tip de practici negative și distorsionante au cea mai mare influență în primii ani de viață. De exemplu, nevoia de a fi iubit necondiționat (și forma sa activă, nevoia de a-i iubi pe ceilalți) nu este satisfăcută pentru că dragostea (aprobarea) nu este oferită decât condiționat, ceea ce înseamnă că, înainte de a i se acorda dragostea, copilul trebuie să se angajeze în comportamente care sunt aprobate de părinți, profesori și alți adulți semnificativi din viața sa. Experiențele de separare apar pe parcursul întregii vieți – de exemplu, spitalizarea și divorțul –, ducând la experiențe emoționale negative, precum un răspuns de tip suferință. Nevoia de informare este adesea împiedicată de practicile medicale, juridice și educaționale etc. alienante. Frustrarea resimțită la nivelul nevoilor psihologice poate duce la emoții negative, precum tristețe, furie, jenă și rușine, care în mod natural s-ar „descărca” în orice reacții fiziologice și comportamentale (catharsis). Dar asemenea emoții sunt adesea reprimare, astfel încât experiențele asociate lor devin disociate

de conștient, dar continuă să acționeze ca funcție psihosomatică ce afectează dinamica. Heron numește acest proces închistare :

Distresul este ocluzionat, astfel că durerea – care ar fi prea mare pentru ca un copil să o poată experimenta și rezolva – nu intră în conștient și nu distorsionează comportamentul, ci rămâne latent ca linie de stres în sistem. Aceasta este o formă puternică de inhibiție protectivă autonomă.

Societățile moderne civilizate sunt în mod esențial non-cathartice și nu încurajează descărcările emoționale decât în forme prescurtate în ceea ce privește locul, durata și intensitatea. Heron (1998a) conchide că :

Nu este o exagerare să caracterizăm societatea noastră ca fiind non-cathartică. Practicile de creștere a copiilor sunt în mare măsură non-cathartice : de la cea mai fragedă vârstă, copiii sunt constrânși să-și gestioneze emoțiile de stres, precum suferința, teama și furia, prin controlarea, stăpânirea și reținerea lor în interior. Băieții nu plâng, fetițele nu se înfurie și, în curând, băieții și fetițele învață că acceptarea socială apare numai atunci când își ascund complet și își îngroapă rănille personale (p. 8).

Totuși, există forme „esențiale” de catharsis acceptate la nivel social, așa cum este cel din artele expresive (teatru, muzică, poezie), sport și practicile religioase (Scheff, 1979), precum și în vis, râs și intimitate. Dinamica reprimată sau „stresul istoric” afectează în continuare funcționarea psihologică și poate fi un factor care contribuie la dezvoltarea unor boli majore, cum este cancerul (Kisen, 1996, 1967 ; Kissen, Brown, Kissen, 1969). Pe de altă parte, potrivit lui Heron (1998a), descărcarea stresului are un profund efect terapeutic :

Descărcarea stresului are efectul de a întrerupe constructul distorsionat, eliberând mintea pentru a realiza o evaluare cu adevărat

discriminativă a ceea ce se întâmplă în incidentele critice timpurii și în reluările ulterioare. Inteligența persoanei, obstrucționată anterior și inhibată de tensiunea emoțională, va reevalua situațiile cauzatoare de tensiune și efectele lor, pe măsură ce tensiunea se descarcă. Aici, *insight*-ul de bază este unul dinamic ; persoana vede clar de ce are nevoie în calitate de persoană autentică, vede felul în care nevoia sa, întreruptă și înghețată, a fost, împreună cu durerea asociată, forța motivantă ascunsă din spatele unui set elaborat de comportamente distorsionate. *Insight*-urile asociate o eliberează de stereotipurile opresive și de alte personaje din drama timpurie, astfel că ele sunt văzute global, ca ființe umane cu fațetele lor (p. 22).

Teoria dezvoltată de Heron se apropie, în ceea ce privește presupunerile esențiale, de teoria propusă de Breuer și Freud (1895/1955) :

1. Nevroza este produsă de „traume psihice. Orice experiență care face apel la afecte stresante – cum sunt frica, anxietatea, rușinea sau durerea fizică – poate opera ca traumă, dacă nu a existat o reacție energică la evenimentul provocator, astfel încât să fie descărcată” (pp. 6, 8).
2. Nevroza este vindecată „prin evocarea amintirii evenimentelor prin care a fost provocată și prin trezirea emoțiilor care o însoțesc ; pacientul trebuie să descrie acele evenimente cu lux de amănunte și să «exprime emoțiile în cuvinte»” (p. 6).
3. Sarcina terapeutului „constă exclusiv în determinarea pacientului de a reproduce impresiile patogenetice care au produs nevroza, acordându-le importanță prin exprimarea emoțională... Pentru aceasta, terapeutul trebuie să învingă rezistența sau apărarea, o forță psihică din pacient... opusă conștientizării ideilor patogenetice” (pp. 268, 278, 283).
4. Nevroza este în mod esențial „o scindare a conștientului” între memorie și emoție, iar leacul nevrozei este, în consecință,

vindecarea acestei scindări „care înlătură forța operantă a ideii nedeclanșate la început...” (pp. 12, 17).

Acest punct de vedere a pus bazele multor abordări psihoterapeutice de scurtă durată (de exemplu, Alexander, French, 1946; Moreno, 1946; Davanloo, 1978; Reich, 1961; Perls, 1969). În centrul acestor sisteme terapeutice se află convingerea că stresorii istorici sunt mecanisme inconștiente și dinamice care rezultă din experiențe traumatice timpurii reprimite (de exemplu, o suferință blocată, abuz sexual etc.), care necesită rezolvare. Reprimarea naturală poate fi augmentată de dezvoltarea așa-numitelor strategii de *coping* sub formă de comportamente compulsive și dependente (de exemplu, mâncare, alcool, droguri, fumat), care pot duce la probleme majore de sănătate fizică și mentală și care au fost discutate anterior. Boala poate fi o urmare a procesului de conversie isterică sau a somatizării, adică atunci când furia și vina devin somatice.

Heron (1998a) afirmă că există patru forțe majore în procesul de reintegrare :

- imageria externă, stimulatoare din punct de vedere emoțional ;
- deschiderea interioară progresivă spre asocieri și imagini ;
- presiunea fizică externă ;
- fortificarea voluntară a corpului din interior.

Primele două strategii pot fi realizate prin hipnoterapie, în timp ce ultimele două intervenții generice sunt în principal orientate bioenergetic. Însă nu există nici un motiv pentru care o abordare integrativă în hipnoterapie nu ar trebui să încorporeze toate aceste patru abordări.

Hipnoza

Scurt istoric

Deși nu a avut niciodată un impact major asupra învățăturilor din domeniul îngrijirii medicale și tehnologiei, hipnoza a fost întotdeauna o parte a culturii medicale, influențând-o din umbră. Popularitatea sa a crescut și a fost în declin (Gauld, 1992). Din vremea „templor vindecării” din Grecia Antică, precum cel din Epidauros (Nestoros, Vasdekis, Patakou-Parassiri, Saffianakis, 1998), și până în timpuri mai apropiate, mai ales în practica lui Mesmer, Braid, Elliotson, Charcot, Freud și Erickson (doar câțiva dintre adepți), hipnoza a avut rolul său în întreprinderile clinice și medicale.

Mesmer

Anton Mesmer (1733-1815) este considerat părintele hipnotismului modern. Mesmer a obținut o serie de vindecări într-o oarecare măsură uimitoare și dramatice în cazul unor persoane considerate incurabile prin prisma abordărilor medicale tradiționale. În timpul „ritualurilor hipnotice” au fost „magnetizați” aproximativ 30 de pacienți, care țineau niște baghete de 20-25 de centimetri, confecționate dintr-un tub de stejar umplut cu pilitură de fier, apă și sticlă pisată. Mesmer trecea printre pacienți, lovindu-le brațele și părțile bolnave, făcând „pase magnetice” asupra celor fără baghete cu bagheta sa și fixând pacienții cu privirea, ordonându-le să doarmă. Treptat, pacienții deveneau agitați, urmând „criza”. Unii pacienți țipau, transpirau și manifestau convulsii ; erau urmați de alții, până când majoritatea celor prezenți își „ventilau” emoțiile. Mesmer

susținea că magnetismul animal producea criza și că „vindecarea” consta chiar în criză. Trebuie menționat de asemenea că Mesmer crea o atmosferă de încredere prin stabilirea unei bune relații cu pacienții, permițându-le astfel să „renunțe la mecanismele de apărare”, dând frâu liber descărcării. E posibil ca el să-și fi dat seama că stările emoționale sunt „contagioase” și că este necesar un anumit grad de expectanță.

În 1784, o comisie de anchetă a magnetismului animal a concluzionat că fluidul magnetic nu există și că efectele terapeutice erau rezultatul imaginației, contactului fizic și imitării, adică niște condiții necesare pentru orice psihoterapie modernă. Hoareau (1998) susține că Mesmer a îndeplinit condițiile (adică factorii comuni) necesare în orice psihoterapie, și anume: o bază teoretică (fluidul universal); o tehnică bine definită (reorganizarea fluidelor din corp); un „psihoterapeut” care acționa potrivit unei structuri ritualizate; „pacienții” aflați într-o stare de „credință receptivă”.

Elliotson și Esdaile

Mai târziu, în secolul al XIX-lea, Elliotson și Esdaile au popularizat proprietățile anestezice ale magnetismului, spre deosebire de „crizele” induse de Mesmer. Elliotson (1791-1868) a publicat o revistă proprie, *Zoist*, în care au fost descrise detaliat intervențiile chirurgicale fără durere, pe care doctorii le-au realizat prin utilizarea mesmerismului. Din nefericire, Elliotson credea în frenologie și clarviziune, din acest motiv, cercetările sale privind hipnotismul fiind neglijate mult timp. Cu toate acestea, a avut o mare experiență și a lăsat în urmă multe înregistrări ale unor leacuri *bona fide* (Erickson, 1934).

Esdaile (1808-1859) a studiat hipnoza fiind stimulat de rapoartele lui Elliotson (Erickson, 1934). A realizat sute de

operații încununate de succes folosind „transa mesmerică” și a continuat să folosească mesmerismul ca analgezic până când cloroformul a devenit de uz general în 1847. Însă teoria „magnetismului animal” a fost complet respinsă de Abatele de Faria, un preot portughez (Faria, 1906), și mai târziu de James Braid (1843). Faria și-a dat seama că susceptibilitatea hipnotică nu depinde de o forță specială a hipnotizatorului, ci aproape în întregime de abilitățile naturale ale pacientului. El a înțeles faptul că sugestia era cea care făcea ca membrii audienței să intre în transă somnambulistică. În spectacolele sale de vodevil a sugerat cu voce înceată, dar autoritară ca o persoană să „adoarmă”. A demonstrat că nu este nevoie să presupunem existența unui magnetism animal și, mai mult decât atât, transa poate fi realizată prin sugestie, punând astfel bazele procedurilor tipice de inducție folosite în zilele noastre.

Braid

Braid a respins ideea magnetismului și a dezvoltat teorii proprii ale susceptibilității și sugestibilității crescute. În 1843 a publicat cartea *The Rational of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism*, iar „cuvântul hipnoză a fost derivat din neurohipnologie și hipnologie” (Waxman, 1986, p. 4). Inițial, Braid a indus o stare artificială prin fixarea privirii asupra unui obiect strălucitor. Însă mai târziu și-a dat seama că putea obține același rezultat prin concentrarea susținută asupra vocii hipnotizatorului. În scrierile sale ulterioare, Braid (1846, 1855/1970) a abandonat multe dintre teoriile sale fiziologice și s-a concentrat cu precădere asupra aspectelor psihologice ale hipnozei, demonstrând că fenomenele observate sunt produsul imaginației pacientului, puternic influențate de sugestiile terapeutului, fie deliberate, fie accidentale.

Charcot și Bernheim

În anii 1880 s-a iscat o controversă între două școli de hipnotism, una reprezentată de Charcot la Salpêtrière, iar cealaltă de Bernheim, de la Universitatea din Nancy. Bernheim susținea că hipnoza este rezultatul sugestiei și accentua faptul că oamenii normali pot fi hipnotizați. Punctele sale de vedere au fost preluate inițial de la Liébault (1823-1903), care a avut un succes remarcabil în tratarea pacienților prin sugestie în transă hipnotică. El le sugera foarte încet pacienților săi că sunt gata să adoarmă, iar mulți dintre ei intrau în transă. Atunci când erau în transă, le inocula sugestii potrivit cărora îi va ajuta să scape de simptomele pe care le aveau. Din punctul său de vedere, sugestiile erau cele importante, și nu mijloacele de inducere a transei hipnotice. Abordarea lui Liébault a fost probabil cea mai clară trecere de la hipnoza negativă la cea pozitivă; utilizarea sugestiei silențioase activa sistemul nervos parasimpatic al pacientului, producând o stare de transă calmă în locul celei isterice (Shone, 1994).

Bernheim (1886/1957) descria hipnoza drept:

exaltarea excitabilității reflexelor ideomotorii, care afectează transformarea inconștientă a gândurilor în mișcare, necunoscută de voință... Mecanismul sugestiei în general poate fi rezumat în următoarea formulă: creșterea reflexelor ideomotorii, ideosen-zoriale și a ideoexcitabilității (p. 138).

El a introdus conceptul de *stadii ale hipnozei*: subiectul putea fi ușor, moderat sau profund hipnotizat, iar Bernheim a realizat o scală cu nouă grade de hipnoză. Pentru Bernheim, fenomenul sugestiei era „o funcție nu a unei stări magnetice (Mesmer), nici a somnului indus (Liébault) și nici a unei stări

hipnotice (Braid), ci a unor caracteristici fiziologice ale creierului oprite în starea de veghe” (Hoareau, 1998, p. 63).

Charcot, pe de altă parte, a dezvoltat o teorie a patologiei și sugera că hipnoza era o stare patologică a pasivității care progresa de la letargie și catalepsie la somnambulism mai degrabă decât la o activitate crescută. În 1882, Charcot a prezentat o lucrare despre hipnotism la Academia de Științe, în care a redat o descriere detaliată a stării de transă. Acest eveniment a adus după sine o schimbare radicală a atitudinii față de hipnoză în Franța. În 1884 și 1885, Charcot a reușit să reproducă „artificial” paralizia neorganică prin utilizarea hipnozei. De asemenea, în studiile sale asupra amneziei dinamice, a deschis calea descoperirii amintirilor inconștiente, în care arăta că amintirile uitate pot fi recuperate prin hipnoză. Demonstrațiile lui Charcot de la Salpêtrière au exercitat o influență profundă și l-au motivat pe Freud în decursul șederii sale la Paris. Charcot a murit în 1895, hipnoza fiind din nou tratată cu scepticism în Franța; excepție au făcut cercetările lui Pierre Janet, care a avut o influență considerabilă asupra specialiștilor din SUA. Janet a perceput starea hipnotică drept o suprimare a controlului personal, urmată de o reducere a facultăților critice și de probabilitatea crescută de implantare a unei sugestii (terapeutice), precum și în transpunerea acesteia în acțiune sau credință.

Freud și Breuer

Freud, care împreună cu Joseph Breuer a promovat ideile de regresie hipnotică și psihoterapie dinamică, a respins mai târziu hipnoza în favoarea noii sale școli de psihanaliză, cu un profund efect negativ asupra dezvoltării hipnozei. Inițial, Sigmund Freud a studiat alături de Charcot și a fost interesat

de hipnoză pe parcursul întregii sale vieți. În 1889 s-a îndepărtat de perspectiva lui Charcot, înclinând spre cea a școlii de la Nancy, care se concentra asupra sugestiei în detrimentul isteriei, considerând că pacienții își amintesc mai frecvent amintirile reprimite în cursul unui proces benefic al hipnozei. Se pare că Freud era un hipnotizator foarte slab, fiind limitat de stilul autoritar simplu de inducție, iar în 1896 a respins ritualul de inducție hipnotică pe motiv că nu era necesar și în măsură să declanșeze avansuri amoroase nedorite din partea pacientelor. Deși Freud a renunțat la abordările autoritare directe din hipnoză, se poate spune că procedura sa de a le permite pacienților să stea pe canapea și să asocieze liber e similară cu o formă indirectă de inducție hipnotică. El a înlocuit procedura hipnotică cu simpla plasare a mâinii pe fruntea subiectului, pentru a ajuta la ceea ce credea că este relația socială potrivită de dominare a doctorului în relația cu pacientul. Freud descrie utilizarea modelului lui Bernheim pentru a accesa înconștientul și a îndepărta simptomele prin sugestie directă, după cum urmează :

Acest experiment uimitor și instructiv mi-a servit ca model. Am decis să pornesc de la presupunerea că pacienții mei știu tot ceea ce are semnificație patogenă și că era doar o chestiune de a-i obliga să o comunice.

Astfel, atunci când am ajuns în punctul în care, după ce am adresat pacientului unele întrebări precum „De cât timp aveți acest simptom ?” sau „Care este originea lui ?”, am fost întâmpinat cu răspunsul „Chiar nu știu”, am continuat în modul următor : mi-am plasat mâna pe fruntea pacientului sau i-am luat capul între mâini și i-am spus : „Te vei gândi la asta sub presiunea mâinilor mele. În momentul în care voi slăbi presiunea, vei vedea ceva în fața ta sau îți va veni în minte ceva. Agață-te de acel lucru. Va fi ceea ce căutăm. Ei bine, ce ai văzut sau ce ți-a apărut ?” (Breuer, Freud, 1985/1955, p. 110).

Apoi continuă să explice metoda presiunii cu mâna ca formă de „comunicare ce poate fi înlocuită de orice alt semnal sau printr-un exercițiu sau influență fizică asupra pacientului pentru o hipnoză intensificată «pe moment»”. Accentul asupra comunicării mai degrabă decât a sugestiei este principala schimbare de la centrarea pe sugestia hipnoterapeutică la prelucrarea hipnoterapeutică (de exemplu, utilizarea ideodinamică a limbajului și a semnalizării minte-corp), care a fost în centrul atenției în ultimele trei decenii (Rossi, 1996, p. 184). Conceptul prelucrării hipnoterapeutice este discutat în detaliu în capitolul 3.

În prima jumătate a secolului XX s-a înregistrat un declin în utilizarea hipnozei în psihiatrie. Ellenberger (1970) reflectă asupra principalelor schimbări culturale, sociale, politice și științifice care au condus la declinul a ceea ce el numește „prima psihiatrie dinamică”. Însă interesul pentru hipnoză a cunoscut un reviriment temporar în urma apariției unui mare număr de tulburări funcționale în timpul primului război mondial. Brown (1920, 1921) a utilizat regresia de tip freudian, permițând soldaților să re trăiască experiențele de luptă în cursul hipnozei, și a inventat termenul *hipnoanaliză*.

Recunoașterea actuală a hipnozei în medicină se datorează în mare parte eforturilor unor pionieri din domeniul studiului experimental al hipnozei, începând cu anii '20 și '30. Primii cercetători au fost Clark Hull și apoi studentul său, Milton Erickson. Hull (1933/1968) a susținut că hipnoza este o stare de excitație – un punct de vedere congruent cu perspectiva actuală. În hipnoza clinică, s-a înregistrat o renunțare treptată la tehnicile de inducție directe. Acest lucru era evident nu numai în lucrările lui Freud, ci și în cele ale lui Jung (1902/1957) și Perls (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Rossi (1996) explică :

Vedem fiecare dintre inovațiile lor majore – asocierea liberă, imaginația activă și dialogul Gestalt – ca ritualuri ușoare de inducție care stimulează o stare specială de comunicare terapeutică și expectanță, ce schimbă locusul controlului de la autoritatea terapeutului la creativitatea intrinsecă a pacientului. Aceste noi ritualuri de inducție par să păstreze ceva din semnele hipnozei naturaliste (p. 191).

Erickson și Rossi: directiva implicată

Deși Erickson a utilizat multe tipuri de sugestii directe în cariera sa, el a fost pionierul folosirii sugestiilor indirecte prin „recurgerea la propriul sistem de credințe al clientului și la resursele sale interioare” (Erickson, Rossi, 1979, p. 119). Erickson și Rossi au privit „implicarea” ca fiind esența dinamicii sugestiei, deoarece nu este important ce spune terapeutul, ci ceea ce face pacientul cu ceea ce acesta îi spune. În formularea implicațiilor psihologice trebuie să se țină cont de faptul că terapeutul furnizează doar un stimul; ascultătorul creează aspectele hipnotice ale implicațiilor psihologice la nivel inconștient.

Erickson a explicat că abordarea sa este naturalistă prin faptul că observă foarte atent comportamentul firesc al pacientului și utilizează în mod repetat limbajul acestuia, perspectiva sa asupra lumii și resursele sale interioare pentru a-l ajuta să-și rezolve problemele în felul său. În consecință, abordarea ericksoniană este strategică, terapeutul fiind responsabil în mod activ de stabilirea scopurilor, planificarea tratamentului și operaționalizarea intervențiilor potrivite pentru realizarea acelor scopuri. Erickson considera că oamenii dețin în interior toate resursele necesare rezolvării problemelor lor. Însă în anumite contexte ei nu sunt capabili să acceseze aceste resurse, poate din cauză că nu cred în existența acestora sau pentru că rețeaua

socială nu le stimulează sau nu le permite să se manifeste într-un anumit context. Întrucât resursele sunt de obicei reparate și reasociate prin utilizarea tehnicilor indirecte, adesea, pacientul și terapeutul nu sunt conștienți de rezultatele terapiei până la un anumit moment în care contactul cu persoane semnificative creează cadre potrivite pentru observarea schimbărilor.

Milton Erickson a murit în 1980, dar a lăsat în urmă niște continuatori perseverenți, numeroase contribuții importante în domeniu și câteva școli de psihologie aplicată, bazate pe conceptele sale asupra terapiei strategice indirecte și a sugestiei și pe procesele inconștiente ipotetice și formele indirecte de comunicare umană (Haley, 1973, 1976; Lankton, Lankton, 1983; Rossi, 1996).

Ce este hipnoza ?

Există numeroase definiții ale hipnozei, care diferă în funcție de perspectiva teoretică, dar cele două prezentate mai jos sunt reprezentative printre definițiile existente în prezent :

În mod tipic, hipnoza cuprinde o introducere în procedură în cursul căreia subiectului i se comunică faptul că îi vor fi prezentate sugestii pentru o experiență imaginativă. Inducția hipnotică este o sugestie inițială extinsă prin care se solicită utilizarea imaginației proprii, putând conține o extensie ulterioară a introducerii. Procedura hipnotică este utilizată pentru a încuraja și evalua răspunsul la sugestie. Atunci când se folosește hipnoza, o persoană (subiectul) este ghidată de alta (hipnotizatorul) pentru a răspunde la sugestiile de schimbare a experienței subiective, modificări ale percepției, senzațiilor, emoțiilor, gândurilor sau comportamentelor. Persoanele pot de asemenea să învețe autohipnoza, care este actul administrării procedurilor hipnotice de unul

singur. Dacă subiectul răspunde la sugestiile hipnotice, se spune că a fost indusă transa hipnotică. Mulți cred că răspunsurile și experiențele hipnotice sunt caracteristice unei stări hipnotice. În timp ce unii cred că nu este necesar să folosim cuvântul *hipnoză* ca parte a inducției hipnotice, alții îl consideră esențial.

Detaliile procedurilor și sugestiilor hipnotice diferă în funcție de scopurile practicianului și de scopurile întreprinderii clinice sau de cercetare. Procedurile implică în mod tradițional sugestia de relaxare, deși aceasta nu este necesară pentru hipnoză; se pot folosi sugestii variate, inclusiv aceea de a deveni mai activ. Sugestiile care permit evaluarea gradului de hipnoză prin compararea răspunsurilor cu scale standardizate se pot folosi atât în mediul clinic, cât și în cercetare. Majoritatea indivizilor răspund cel puțin la unele sugestii, dar scorurile pe scalele standardizate variază de la înalt la neglijabil. Tradițional, scorurile sunt grupate în: scăzute, medii și înalte. Așa cum este cazul altor măsurători pe scală pozitivă ale unor constructe psihologice, precum atenția și conștiința, nivelul realizării hipnozei crește odată cu scorul individual (Asociația Americană de Psihologie, 2005).

Termenul *hipnoză* denotă o interacțiune dintre o persoană, „hipnotizatorul”, și o altă persoană sau grup de persoane, „subiectul” sau „subiecții”. În această interacțiune, hipnotizatorul încearcă să influențeze percepțiile, sentimentele, gândirea și comportamentul subiectului, cerându-i să se concentreze pe idei și imagini ce ar putea stimula efectele scontate. Comunicarea verbală folosită de hipnotizator pentru a obține aceste efecte este numită „sugestie”. Sugestiile diferă de instrucțiunile de zi cu zi prin faptul că subiectul experimentează un comportament involuntar sau lipsă de efort (fragment din Proiectul BPS elaborat de BSECH, septembrie 2000, www.ucl.ac.uk/hypnosis).

Spiegel și Spiegel (2004) subliniază că „experiența hipnotică autentică poate fi definită ca hipnoză formală numai atunci când este indusă cu bună știință de operator, răspunsul subiectului

fiind ghidat în totalitate și încheindu-se la semnalul operatorului” (p. 35).

Când o persoană este „hipnotizată”, ea intră în transă, ceea ce înseamnă o stare modificată de conștiință sau o stare specială a minții. Această „teorie a stării” în hipnoză este în contradicție cu teoriile „non-stării”, care propun o explicație sociocognitivă mai degrabă decât una psihologică. Pentru o discuție pe marginea „stării” și „non-stării”, vezi Kirsch și Lynn (1995). Oamenii intră adesea în transă ori sunt „hipnotizați” în mod firesc și spontan atunci când se implică în activități care le „absorb atenția”, cum sunt privitul la televizor, lectura unei cărți, actul sexual, ascultarea muzicii sau practicarea autohipnozei. Hipnoza formală încurajează pacienții :

- să își concentreze atenția (de exemplu, ascultând vocea terapeutului);
- să nu acorde atenție mediului înconjurător (de exemplu, prin închiderea ochilor);
- să se lase absorbiți de o activitate, imagine sau sentiment (de exemplu, imaginându-și locul preferat).

Este posibil ca acest proces să fie încununat de mai mult succes dacă pacientul este motivat și cooperant și are expectanțe pozitive legate de rezultat. Există de asemenea clinicieni care cred că anumiți oameni, cu hipnotizabilitate crescută, au o capacitate mare de a intra în transă, în comparație cu cei care au o hipnotizabilitate scăzută. De exemplu, Spiegel și Spiegel (1978) abordează hipnotizabilitatea prin intermediul profilului de inducție hipnotică sau HIP (vezi discuția și intervenția 1 din capitolul 3), împreună cu inventarul de personalitate. Ei concluzionează :

Cele trei personalități ce rezultă potrivit acestor date sunt : dionisian, apolonian și odiseean. Dionisienii sunt intuitivi,

sentimentali și au încredere în ceilalți; ei tind să aibă o hipnotizabilitate crescută. Apolonienii sunt logici, organizați și preferă să conducă, decât să fie conduși. Ei tind să se regăsească printre cei cu hipnotizabilitate scăzută. Odiseenii fluctuează între acțiune și deznădejde și sunt mai echilibrați în dialectica gândirii și sentimentelor (p. 96).

Atunci când pacienții sunt în transă, ei sunt în general mai deschiși sugestiilor directe ale terapeutului. Deși cele mai multe „fenomene hipnotice” pot apărea spontan în afara unei intervenții hipnotice, următoarele efecte sunt posibile prin sugestie, fie în heterohipnoză, fie în autohipnoză:

- relaxare;
- comportamente ideomotorii (de exemplu, levitația brațului);
- comportamente ideosenzoriale (de exemplu, analgezia);
- amnezie;
- sugestie posthipnotică;
- regresie;
- comportamente halucinante.

Punctul de vedere conform căruia hipnoza nu este un tip de psihoterapie în sine, ci un catalizator care promovează alte tipuri de terapii și tratamente prin facilitarea efectelor ca urmare a sugestibilității crescute și a fenomenelor hipnotice ulterioare este propriu discuției precedente. În cadrul acestei abordări „tradiționale”, detaliile procedurilor și sugestiilor hipnotice diferă în funcție de scopurile practicianului și de cele clinice sau de cercetare. Spiegel și Spiegel (2004) constată: „faptul că hipnoza ar fi o terapie este de asemenea un mit supărător. Evităm termenul *hipnoterapeut* pentru că hipnoza în sine nu este terapie... Ea poate crește eficacitatea psihoterapiei, dar nu este în sine un tratament” (p. 16).

Oakley, Alden și Degun-Mather (1996, p. 504) enumeră o serie de proprietăți ale hipnozei, relevante pentru hipnoza clinică:

- sugestibilitate crescută sau cel puțin o dispoziție mai deschisă, de acceptare a sugestiilor într-un mod mai puțin critic;
- capacitate crescută de imagerie și joc de rol, astfel încât evenimentele imaginate sunt experimentate ca fiind reale;
- acces mai facil la amintirile din copilărie, deși acestea nu reprezintă o întoarcere propriu-zisă la un anumit stadiu de dezvoltare cognitivă;
- testare a realității redusă. O mai mare toleranță la incongruențele logice – așa-numita „logică a transei”;
- răspunsuri mai bune la relaxare, ce pot fi învățate și aplicate în situațiile de zi cu zi;
- alianță mai bună;
- expectanțe mai mari în ceea ce privește rezultatele pozitive ale terapiei;
- concentrare mai profundă și dezvoltarea abilității de ignorare a sentimentelor și gândurilor involuntare;
- posibilitatea de a crea, dezvolta și controla experiențele disociative.

Este evident că aceste proprietăți sporesc calitatea terapiei.

Prelucrarea hipnoterapeutică

Erickson și Rossi (www.ernestrossi.com; erickson-foundation.org) consideră că „transa hipnotică” poate vindeca prin ea însăși; mai mult decât atât, toată lumea este capabilă să ajungă la un nivel adecvat al transei. Rossi (1996) sugerează că efortul hipnoterapeutic, facilitat de utilizarea ideodinamică a limbajului și semnalizarea minte-corp, poate fi utilizat pentru producerea

unor schimbări psihosomatice la pacient. Prelucrarea hipnoterapeutică asigură o cale de acces și facilitează vindecarea psihobiologică și creativitatea în gestionarea stresului. Erickson a constatat faptul că pacienții se angajează adesea în stări naturale de vindecare ce durează între 10 și 20 de minute. El numește aceste perioade de vindecare „transa cotidiană” și sugerează că pacienții pot folosi aceste perioade de concentrare internă pentru a avea un acces mai bun la emoțiile, intuițiile și gândurile lor cele mai profunde. Rossi (1996) consideră că :

Transa cotidiană apare ca un moment în care se întredeschide fereastra dintre conștient și inconștient. Deoarece conștiința interioară este sursa celor mai profunde intuiții ale noastre, oamenii sunt foarte creativi și pot trăi *insight*-uri, fantezii și salturi intuitive în timpul acestor momente de meditație. Transa cotidiană mai poate fi un moment de deschidere și vulnerabilitate față de influențele exterioare ; sugestiile primite în aceste momente sunt mai ușor acceptate (p. 130).

Erickson a numit folosirea transei cotidiene o „abordare naturalistă sau prin utilizare”, deoarece considera că ea lasă pur și simplu oamenii să facă apel la resursele naturale pentru a-și rezolva propriile probleme psihosomatice în timpul perioadelor ultradiene. Rossi a dezvoltat ulterior o nouă teorie a hipnozei terapeutice și autohipnozei, precum și a comunicării minte-corp și vindecării. El afirmă :

Stresul cronic și excesiv poate produce simptome prin distorsionarea ritmurilor noastre normale ultradiene/circadiene ; hipnoza poate ameliora aceste simptome pur și simplu prin furnizarea unei ocazii prin care ritmurile naturale minte-corp să se normalizeze. Sugestia hipnotică poate funcționa pentru că ea se potrivește și sincronizează procesele naturale ale odihnei ultradiene și circadiene, ale restaurării și vindecării. Secretul trecerii de la boală la

sănătate și apoi la nivele înalte de performanță și stare de bine se află în recunoașterea și facilitarea resurselor creative ale persoanei în timpul întredeschiderii acestor ferestre către interior și al acestor refaceri care apar periodic timp de aproximativ 20 de minute la fiecare oră și jumătate pe parcursul zilei (Rossi, 1982, p. 24).

Rossi și colaboratorii săi detaliază în continuare :

Ne simțim cel mai bine atunci când ne sincronizăm eforturile în funcție de perioadele de performanță, precum și de recuperare și vindecare. Adesea, stresul, simptomele corporale și problemele psihologice sunt semnale că am forțat limitele peste ritmurile naturale și că nu am reușit să ne sincronizăm cu propria natură psihobiologică (p. 6).

Credem că, în cursul fiecărei zile din viața lor, cei mai mulți oameni au un deficit de „refacere și odihnă ultradiene”, adică sar una sau mai multe faze de odihnă și refacere, respectiv 20 de minute din ciclul de bază odihnă-activitate la fiecare 90 de minute pe parcursul zilei (p. 11).

Erickson a folosit termenul *inconștient* pentru a numi centrul persoanei. Pentru el, sarcina terapeutică reprezenta crearea condițiilor care să încurajeze și să faciliteze scoaterea la iveală a resurselor inconștiente ca forță pozitivă. Autorul afirmă (1977) : „încercăm astfel să facem hipnoterapie la nivel inconștient doar pentru a da pacientului ocazia de a transfera înțelegerea și *insight*-ul în conștient atât cât este necesar” (p. 21).

Un aspect important al abordării lui Erickson a fost explicarea condițiilor pentru optimizarea atât a sugestiilor directe, cât și a celor indirecte prin utilizarea sistemului propriu de credințe al clientului și a resurselor sale interioare (Erickson, Rossi, 1979). Erickson considera că sugestia hipnotică este de fapt procesul de evocare și utilizare a propriilor procese mentale ale pacientului în modalități aflate în afara domeniului uzual

de control al egoului. Erickson (în jurul anului 1950) scrie : „Hipnoza nu este o procedură mistică, ci mai degrabă o utilizare sistematică a învățăturilor dobândite, și anume învățăturile extinse acumulate prin însuși procesul de a trăi”. Cu alte cuvinte, nu este important ceea ce spune terapeutul, ci mai degrabă ceea ce face pacientul cu ceea ce acesta îi spune. Aceasta a fost numită „directiva implicată” (Erickson, Rossi, Rossi, 1976 ; Rossi, Lippencott, Bessette, 1994 ; Rossi, 1996).

Directiva implicată este astfel o modalitate de facilitare a unei stări intense de învățare internă și rezolvare de probleme. Putem presupune că toate resursele mentale ale pacientului sunt disponibile (de exemplu, amintirile stocate, tiparele de asociere senzorială și verbală, diferitele forme de învățare precedente etc.), fiind puse în mișcare într-o stare de învățare creativă și rezolvare de probleme (Rossi, 1995a, p. 11).

Din afirmația de mai sus reiese faptul că inconștientul îndeplinește sugestiile și semnalizează realizarea acestora prin comportament ideodinamic (de exemplu, mișcarea unui deget de la mână). Ulterior, Rossi a presupus că directiva implicată facilitează sinteza internă a unor noi structuri proteice care pot funcționa ca bază a noului comportament și a experienței fenomenologice pentru pacient. Directiva implicată a devenit piatra de temelie a abordării hipnoterapeutice a lui Rossi, astfel că acesta a reformulat-o ca un sistem în trei stadii, numit „întrebarea de accesare bazală”, în care „directiva” este transformată într-o întrebare. Rossi afirmă că această redefinire a sporit importanța concentrării asupra pacientului, precum și gradul de activare a resurselor interioare ale acestuia : „Chiar și atunci când nu pare să se întâmple nimic, atenția pacientului se centrează asupra proceselor esențiale de comunicare cu sinele și se câștigă timp pentru continuarea dezvoltării terapeutice

în viitor” (Rossi, 1995a, p. 129. Iată câteva exemple (Rossi, 1995a, p. 13) :

1. atunci când conștiința ta interioară este pregătită ;
2. să-ți rezolve problema ;
3. mâinile tale se vor apropia de la sine ?

1. atunci când sinele tău interior poate accesa ;
2. toate resursele, amintirile și emoțiile legate de problema ta ;
3. va coborî de la sine una din mâinile tale ?

1. atunci când inconștientul tău știe ;
2. că poate continua vindecarea internă și atunci când mintea ta conștientă știe că poate coopera, ajutându-te să recunoști acele perioade ale zilei în care ai nevoie să te odihnești pentru vindecare (o pauză de odihnă de 15-20 de minute) ;
3. te vei trezi ?

Rossi consideră că întrebarea de accesare bazală, în formele sale variate, poate fi considerată un element indispensabil al psihoterapiei în general și al hipnoterapiei în particular. El argumentează că atitudinile pozitive asociate cu mesmerismul (de exemplu, imaginația, speranța și credința) sunt „stările cele mai ușor observabile asociate cu munca psihobiologică cea mai profundă de optimizare a comunicării minte-corp și de rezolvare cu succes a problemelor, care constituie baza reducerii stresului și vindecării în hipnoză” (1996, p. 120). Acest punct de vedere admite că problemele emoționale induc o presiune dinamică înspre rezolvare, ocurentă atunci când pacientul se află într-un mediu sigur și suportiv. Rossi (1996) concluzionează :

o sursă majoră de stres și de boală psihosomatică se regăsește în abuzul cronic al ritmurilor naturale minte-corp referitoare la

performanță și vindecare... Se consideră că abordările curente în vindecarea holistică (hipnoză, meditație, imagerie, ritual, rugăciune, biofeedback etc.) au un numitor comun reprezentat de facilitarea periodicității adaptative referitoare la performanță și vindecare, și anume răspunsul de vindecare ultradian de 20 de minute, care, aparent, joacă un rol în coordonarea sistemelor majore ale autoreglării minte-corp la fiecare 90-120 de minute pe parcursul zilei (p. 180).

Rossi evidențiază faptul că sugestiile sunt facilitatori ai experienței creative mai degrabă decât un mijloc de programare, perspectivă congruentă cu punctul de vedere actual al neuroștiinței referitor la expresia genetică dependentă de activitate și neurogeneza implicată în crearea și recrearea minții, memoriei și conștiinței. Acest punct de vedere contrastează puternic cu ideea că hipnoza este o stare pasivă.

Considerații privind hipnoza și hipnoterapia

Următoarele considerații sunt prezente pe tot parcursul cărții, fiind redate formal în acest punct, deoarece au o influență considerabilă asupra modului de realizare a psihoterapiei și managementului stresului. Asemenea postulate fundamentale caracterizează toate psihoterapiile, deși nu sunt întotdeauna prezentate și adesea apar ca alternative:

1. starea hipnotică sau „transa” este naturală și apare fără inducerea formală de către „hipnoterapeut”;
2. orice hipnoză este autohipnoză;
3. oamenii au o minte inconștientă, în care se regăsesc resursele necesare vindecării și autorealizării;
4. pacientul se poate angaja în procesul cunoscut sub numele de „căutare inconștientă” pentru a-și recupera resursele inconștiente astfel încât să găsească soluții la propriile probleme;

5. starea de transă facilitează procesul inconștient intern de vindecare psihosomatică (incluzând procesele de expresie genetică și neurogeneză);
6. o căutare inconștientă a dinamicilor reprimite care sunt responsabile de sprijinirea și menținerea simptomatologiei este posibilă prin utilizarea variatelor abordări hipnoanalitice, fiind de asemenea implicită în abordarea hipnoterapeutică a lui Rossi.

Strategiile de gestionare și prevenire a stresului sugerate în această carte au la bază o interpretare a abordărilor ericksoniene, incluzându-le atât pe cele dezvoltate mai recent de Rossi, cât și pe cele tradiționale. În abordarea tradițională, hipnoza este de obicei considerată o strategie secundară sau catalitică, ce facilitează și îmbunătățește o strategie primară, precum terapia cognitiv-comportamentală sau terapia psihodinamică. În acest caz, pacientul dă dovadă de o sugestibilitate crescută (în hipnoză) și ca atare este mai deschis în acceptarea sugestiilor (instrucțiunilor) date de terapeut. Pot fi adresate sugestii pentru facilitarea exteriorizării fenomenelor hipnotice relevante, deși acest proces poate apărea uneori și spontan. Într-o metaanaliză realizată pe 18 studii în care terapia cognitiv-comportamentală a fost comparată cu aceeași terapie la care s-a adăugat hipnoza, s-a arătat că hipnoza a îmbunătățit substanțial rezultatul tratamentului (Kirsch, Montgomery, Sapirstein, 1995). Efecte vizibile s-au înregistrat mai ales în tratamentul obezității, când pacienții tratați prin hipnoză au continuat să piardă în greutate după finalizarea terapiei.

Abordarea ericksoniană este orientată mai mult asupra procesului decât a conținutului, deoarece terapeutul este cel care facilitează autoexplorarea și autovindecarea pacienților, încurajează pacienții să folosească propriul limbaj, propriul punct

de vedere despre lume și propriile resurse interioare pentru rezolvarea problemelor într-un mod personal.

Hipnoza și managementul stresului

Când o persoană experimentează stresul, ea manifestă adesea tendința inițială de a adopta o atitudine stoică (sindromul „buzelor strânse”). Sentimentele caracteristice acestui sindrom sunt reflectate de următoarele propoziții : „Asta e viața”, „Ar putea fi și mai rău”, „Trebuie să te obișnuiești cu astfel de lucruri”, „Viața merge înainte”, „Nu e gaură în cer”, „Să privim partea bună a lucrurilor”, „Să nu ne plângem” etc. Există numeroase situații în care o asemenea abordare a vieții poate fi constructivă în managementul personal al stresului.

Intervențiile clinice, inclusiv cele care folosesc hipnoza, pot viza oricare dintre nivelurile descrise mai jos (vezi figura 2.4) :

- asistarea pacientului în evaluarea realistă a stresului cotidian ;
- ajutarea pacientului pentru a recunoaște și întări experiențele pozitive și a crea unele noi ;
- gestionarea directă a răspunsului la stres prin utilizarea tehnicilor terapeutice generale, precum relaxarea, întărirea eului, recadrarea sau restructurarea cognitivă ;
- accesarea resurselor de vindecare inconștiente pentru vindecarea psihosomatică și recadrare (de exemplu, munca hipnoterapeutică a lui Rossi) ;
- gestionarea strategiilor de *coping* ineficiente, adesea asociate cu stresul – de exemplu, fumatul, consumul de alcool, unele obiceiuri alimentare (cum este supraalimentarea) ;
- gestionarea efectelor pe termen mai lung produse de stresul cronic (de exemplu, probleme psihosomatice, alcoolism, obezitate, diminuarea calității vieții) ;

- identificarea stresorilor (actuali sau istorici) și gestionarea lor terapeutică („retrăirea situației”, catharsisul, recadrarea, restructurarea, consilierea relațională, terapia familială etc.) ;
- asistarea pacientului în identificarea și modificarea factorilor mediatori, cum sunt suportul social, exercițiul fizic și mecanismele de *coping* ;
- ajutarea pacientului pentru a identifica și schimba modul în care evaluează factorii potențial stresanți ;
- ajutarea pacientului pentru a deveni mai asertiv, astfel încât să se poată angaja în acțiuni adecvate la nivel personal, social și politic.

Gravitz și Paga (2002) fac un rezumat util al abordărilor hipnotice în gestionarea problemelor legate de stres.

Metodele hipnoterapiei

Am amintit deja faptul că unii practicieni ai hipnozei (de exemplu, Rossi, 1996) consideră că pacientul are resursele interioare pentru schimbare și că hipnoza este necesară pentru a accesa aceste resurse inconștiente (creativitate, potențialitate, vindecare). În consecință, sarcina terapeutului este de a facilita procesul vindecării inconștiente a pacientului, utilizând „limbajul inconștientului” ; de exemplu, prin folosirea metaforelor, poveștilor, a directivei implicate și a întrebării de accesare bazală, precum și a abordărilor ideodinamice explicite (Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, Rossi, 1979 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Hawkins, 1994c, 1997c ; Rossi, 1995b, 1996).

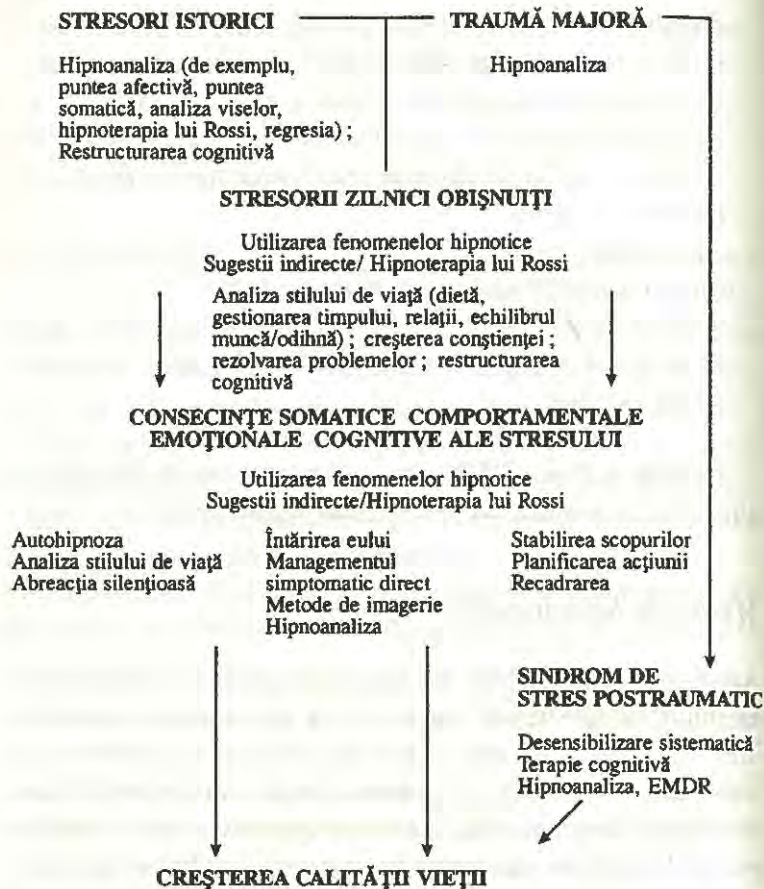


Figura 2.4. Intervenții hipnotice în problemele legate de stres

Metodele hipnoterapeutice cel mai frecvent folosite pentru gestionarea stresului sunt: relaxarea, întărirea eului, sugestiile directe și indirecte, recadrarea cognitivă și hipnoanaliza. Utilizarea relaxării este o metodă foarte simplă și valoroasă pentru managementul stresului și anxietății, iar pacienții o pot învăța foarte

ușor. Există multe abordări prin care poate fi obținut „răspunsul de relaxare”, inclusiv hipnoza. Aceste metode pot fi combinate cu relaxarea pasivă progresivă și trainingul autogen (Schultz, Luthe, 1959). O abordare foarte obișnuită este aceea de a cere pacientului să „creeze scene imaginare”; de exemplu, vizitarea unei grădini sau a unui loc preferat în aer liber, asociat cu liniștea și calmul (Assagioli, 1965/1975; Singer, 1974). Terapeutul ajută pacientul să construiască aceste imagini prin sugestii mentale care includ toate modalitățile senzoriale (vizual, auditiv, olfactiv, tactil și kinestezic).

Atunci când pacientul este în transă, terapeutul îi poate da sugestii legate de simptomele subiective. Aceste sugestii pot fi directe (atunci când sugestia vizează pur și simplu ameliorarea și dispariția simptomului) sau indirecte (povești, utilizarea metaforelor și a altor tehnici ericksoniene). Abordarea directă poate fi foarte eficientă în cazul simptomelor la baza cărora nu se regăsește o dinamică psihologică. În loc să fie suprimat, simptomul este diminuat până la un anumit nivel, lăsându-se un „reziduu” menit să-i amintească pacientului că acolo există o leziune organică ce necesită atenție. Aceasta este o abordare potrivită în cazul durerii, pentru că dispariția totală a durerii organice poate masca semnele progresiei bolii. Dacă evaluarea relevă faptul că simptomul are o semnificație dinamică importantă, atunci simptomul poate fi redus sau substituit cu unul mai puțin patologic. În unele cazuri, înțelesul simptomului trebuie explorat înainte de a face orice încercare de a-l modifica direct.

Abordările psihodinamice (sau hipnoanalitice) pleacă de la presupunerea că problemele actuale sunt menținute dinamic prin experiențe istorice reprimite sau conflicte actuale. Pentru a rezolva aceste probleme, pacientul trebuie să acceseze

experiențele reprimare pentru a intra în contact cu *insight*-ul și pentru a prelucra sentimentele asociate, astfel încât să reevalueze materialul conflictual din perspectivă adultă în contextul timpului prezent. Au fost descrise mai multe proceduri hipnoanalitice (de exemplu, Hartland, 1971 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Cheek, 1994 ; Hawkins, 1994c ; Heap, Aravind, 2001), care vor fi discutate în detaliu în capitolul 5.

Autohipnoza

Este important ca pacienții să continue propria terapie între sesiunile de terapie. Este ușor să „intre în transă” și să se bucure de beneficiile relaxării și vindecării care vor urma. În timpul autohipnozei, pacienții se pot angaja de asemenea în sarcini terapeutice, precum gândirea pozitivă și întărirea eului ; de exemplu, imaginarea rezultatelor succesului terapeutic. Autohipnoza pentru probleme variate poate fi învățată cu ușurință de către pacient în timpul sesiunii de terapie obișnuite (Alman, Lambrou, 1997) ; câteva dintre aceste strategii sunt prezentate în următorul capitol.

O examinare detaliată a aplicațiilor clinice ale acestor strategii generale va fi discutată în restul cărții, cu referire la gestionarea stresului și a consecințelor sale psihologice, comportamentale și somatice.

Capitolul 3

Sedința hipnotică : aspecte clinice

Haideți să vă spun povestea unui maestru japonez vizitat de un profesor universitar care venise la el ca să afle mai multe informații despre Zen. Maestrul l-a servit pe oaspete cu ceai, continuând să toarne până când ceașca s-a umplut și a început să curgă pe lângă. Privind ceaiul revărsându-se, profesorul i-a atras atenția gazdei că ceașca era plină și nu mai încăpea ceai în ea. Maestrul a răspuns că, asemenea ceștii, profesorul era plin de propriile păreri și teorii și că, în consecință, nu i se putea arăta calea Zen înainte de golirea ceștii.

Evaluarea inițială

Terapeutul stabilește dacă hipnoza este o modalitate terapeutică adecvată pentru pacientul său încă de la prima evaluare. Trebuie să fim prudenți cu pacienții care prezintă simptome suicidare active, suferă de psihoze, sunt alcoolici sau consumă droguri, au o tulburare de personalitate de tip *borderline* sau alte tulburări caracterizate de dependență extremă și labilitate emoțională (Wester, 1984 ; Crasilneck, Hall, 1985), dar aceasta nu înseamnă că hipnoza nu poate fi utilizată cu succes la acești pacienți. Prin utilizarea hipnozei, am înregistrat succese semnificative în tratarea pacienților schizofrenici. Deși numeroși

asemenea pacienți pot beneficia de pe urma utilizării hipnozei directe și indirecte, terapeutul trebuie să decidă cum trebuie aplicată hipnoza în asemenea cazuri. Dacă simptomele subiective împiedică implicarea deplină a clientului în stabilirea unui context hipnoterapeutic pozitiv, atunci terapeutul trebuie să amâne hipnoza formală până când funcționarea zilnică este mai stabilă și se realizează o alianță terapeutică solidă (Phillips, Frederick, 1995). Acest principiu se aplică tuturor pacienților noștri.

Este important să reținem că terapia începe „înainte” ca pacientul să-l cunoască pe terapeut, probabil atunci când clientul telefonează pentru a face o programare (dacă cineva telefonează în numele pacientului, acesta din urmă trebuie încurajat să telefoneze el însuși, întrucât înseamnă o implicare semnificativă în procesul terapeutic). În timpul conversației telefonice, se pot face afirmații care să exprime speranța și optimismul, pentru a-i furniza pacientului un set mental pozitiv („însămânțarea”). Când pacientul ajunge la clinică, în timpul „conversației naturale” se pot face afirmații mai pozitive.

Înainte de a începe „inducția transei”, pregătirea pacientului pentru hipnoză și apoi asigurarea intervențiilor terapeutice necesare pentru problemele respective ale pacientului sunt esențiale. Pregătirea implică o serie de factori legați între ei :

- gestionarea oricărui tip de rezistență ;
- informarea pacientului privind procedurile ;
- clarificarea tuturor neînțelegerilor referitoare la natura hipnozei.

Aceasta crește motivația și facilitează relația pacient-terapeut. Această fază face parte din etapa de preinducție, deși poate fi gândită și ca o treaptă a procedurii de inducție. Ea reduce

șansele ca pacientul să opună rezistență în cursul procedurii și, în consecință, crește șansele de succes. Următorul stadiu este inducția hipnotică, pentru care există numeroase tehnici.

Este util să avem în cabinet două scaune : unul pentru evaluarea prehipnotică și altul pentru hipnoza în sine (deși este evident că hipnoza se desfășoară pe ambele scaune !). Pacientului i se poate spune :

Vă rog să luați loc pe acest scaun ca să discutăm ce probleme aveți. Eu vă voi adresa o serie de întrebări legate de acestea și vă voi explica cum va decurge tratamentul... Apoi veți avea ocazia să îmi adresați întrebări despre hipnoză și abordările terapeutice... Mai departe, atunci când sunteți pregătit, vă voi ruga să schimbați scaunele și să luați loc pe celălalt... scaunul în care apare întotdeauna transa hipnotică... Multe persoane percep o modificare profundă în felul cum se simt când schimbă scaunele..., dar nu intrați în transă profundă până când nu schimbați scaunul.

Observați utilizarea comunicării indirecte ; de exemplu, „nu intrați în transă profundă până când nu schimbați scaunul” implică faptul că pacientul este deja într-o transă ușoară. De asemenea, se folosește comanda paradoxală „nu intrați în transă profundă până când nu schimbați scaunele”, precum și comanda intercalată „intrați în transă profundă”. Astfel, se stabilește expectanța că transa va apărea.

Utilizarea cuvântului hipnoză

Există hipnoterapeuți care consideră că pentru unii pacienți nu este adecvat să folosim cuvântul *hipnoză* din cauza conotațiilor sale negative. În locul acestuia, se folosesc cuvinte precum *relaxare* sau *somn*. Dar este foarte probabil ca termenul

hipnoză să aibă efect asupra comportamentului și experienței subiective. Influența negativă sau pozitivă depinde de expectanțele pacientului, iar terapeutul are rolul de a judeca situația respectivă. Comentariul lui Shakespeare din *Romeo și Julieta* potrivit căruia „un trandafir, oricum îi spui, exală-același scump parfum!” nu se aplică în cazul hipnozei în ceea ce privește eficacitatea inducției hipnotice, care depinde de etichetarea drept „hipnoză” (Gandhi, Oakley, 2005).

Anamneza cazului

Anamneza înseamnă mai mult decât a afla care sunt problemele pacientului, fiind o parte esențială a procesului terapeutic. Dacă dăm pacienților suficient timp pentru a-și spune povestea, le permitem să înțeleagă mai bine și să continue procesul de a găsi un înțeles al problemelor lor. Anamneza ne dă de asemenea ocazia de a crea un climat adecvat hipnoterapiei. În timpul anamnezei, terapeutul ajută pacientul să dezvolte expectanțe pozitive și speranța în funcționarea procesului terapeutic, ceea ce pregătește clientul pentru o experiență hipnotică încununată de succes. În afară de întrebările care sunt în mod normal adresate în timpul anamnezei, este important să adresăm și întrebări care sunt relevante pentru strategia hipnotică clinică. Unele dintre cele mai importante întrebări de acest tip sunt enumerate mai jos. Trebuie să aveți în vedere însă că aceasta nu este o listă exhaustivă de posibile întrebări. Relevanța întrebărilor se va clarifica imediat în contextul discuțiilor din capitolul precedent, precum și al discuțiilor legate de aplicațiile clinice care vor urma.

- Cine a trimis pacientul ?
- Care sunt motivele pentru care pacientul solicită ajutor pentru simptomele prezentate ?

- Simptomele actuale au apărut în contextul încercării de a satisface nevoile altora ?
- De ce s-a prezentat pacientul la tratament în acest moment ?
- De câtă vreme prezintă simptomele ?
- Există momente în care problema se agravează sau se ameliorează ?
- Pacientul are o poveste care explică simptomele ? Trebuie subliniat faptul că povestea personală a pacientului referitoare la simptome nu trebuie să se bazeze pe fapte sau dovezi absolute. Povestile pacienților sunt extrem de importante și pot furniza terapeutului informații importante și indicații pentru intervențiile terapeutice. Trebuie să ne amintim în acest context că pacienții știu întotdeauna mai multe despre propria problemă decât terapeutul.
- Cine le asigură suportul emoțional ?
- Este ceva ce ar dori pacientul să adauge și nu a fost menționat de terapeut ?

Răspunsul la întrebarea „Există momente în care problema se agravează sau se ameliorează ?” este de obicei „da”, caz în care terapeutul poate răspunde prin a-i arăta pacientului că aceasta înseamnă că are resursele pentru a obține ameliorarea problemei, deși s-ar putea să nu fie conștient de acest lucru în momentul respectiv. Implicația este aceea că pacientul poate găsi aceste resurse interioare și le poate utiliza în orice moment în viitor. Este de asemenea util să cerem pacientului să își imagineze momentul în care problema era mai puțin intensă prin utilizarea scalei analogice vizuale (VAS), și anume :

Când experimentați problema, acum, că este mult mai bine (cereți-i să își imagineze momentul în care acest lucru s-a întâmplat), spuneți-mi unde se află indicatorul pe o scală de la

O la 10, unde 10 este cel mai mare disconfort (distres) și 0 este situația cea mai confortabilă și relaxantă.

Pacientului i se mai poate cere să re trăiască acel moment din viața sa când simptomele au fost mai grave. Aceasta pregătește pacientul pentru ideea de regresie, utilizându-i imaginația pentru a-și reaminti experiențe și pentru evaluarea lor. De asemenea, el îi furnizează terapeutului un instrument eficace de monitorizare a progresului din terapie în timpul ședinței terapeutice sau al terapiei în ansamblu. În plus, crește sensibilitatea pacientului față de simptomele sale, astfel încât să poată aprecia mai bine perioadele din cursul zilei în care simptomele amenință să se înrăutățească și să recunoască ameliorarea terapeutică ce îl motivează și reîntărește pentru progres. De asemenea, poate fi valorificată în contextul reproducerii de către pacient a simptomelor (de exemplu, prescrierea simptomului), ajutându-l astfel „să învețe cum să îl amelioreze” prin accesarea codării dependente de stare a problemelor minte-corp (Rossi, 1986/1993). Adesea, pacienții spun că simptomele se înrăutățesc într-un anumit moment al zilei sau atunci când sunt obosiți, le este foame ori sunt stresați. Problemele de periodicitate circadiană apar adesea în a doua parte a după-amiezii (Tsuji, Kobayashi, 1988). Rossi, Lipencott și Bessette (1995) constată că :

Până în acest moment al zilei, mulți oameni au sărit deja două sau trei perioade de odihnă ultradiene, astfel încât deficitul ultradian acumulat și sindromul de stres se manifestă prin aceste simptome uzuale : „Sunt epuizat la mijlocul după-amiezii”, „Am tendința să devin stresat, tensionat și iritabil spre sfârșitul zilei de muncă”, „Îmi vine să dorm după-amiaza”, „Cel mai greu moment este acela în care trebuie să merg acasă după școală și sunt prea obosit ca să îmi mai fac temele pentru acasă”, „Chiar

înainte de cină, toată lumea este iritabilă și atunci încep certurile”. Multe dintre aceste probleme periodice acute și cronice pot fi ameliorate prin acordarea uneia sau a două pauze ultradiene în timpul zilei sau prin somn după prânz ori în prima parte a după-amiezii (p. 13).

Trebuie de asemenea adunate informații despre natura problemelor de prezentare și a dificultăților, istoricul familial, istoricul medical (inclusiv tratamentele medicale prezente), situația educațională și profesională, stilul de viață actual, interesele personale, experiențele și considerațiile trecute legate de terapie și hipnoză. De asemenea, pot fi culese informații despre concediile preferate, animalele preferate, animalele de companie și așa mai departe, deoarece acestea pot fi utile în imagerie și metafore.

În timpul procesului de evaluare, terapeutul poate folosi un tip de comunicare ușor diferit pentru a favoriza răspunsurile inconștiente. De exemplu, atunci când examinez un pacient cu o durere de spate severă și care are astfel un stil de viață constrictiv, îi sugerez :

Permite ochilor să se închidă și lasă mintea să zboare înapoi la acele vremuri de dinainte de apariția problemei... Trăiește viața așa cum a fost atunci... dă-ți voie să trăiești cu adevărat acel timp din nou, de parcă s-ar întâmpla cu adevărat chiar acum... și bucură-te de aceasta încă un moment... știind că poți accesa amintirile pozitive oricând dorești acest lucru.

Această simplă regresie temporală este o evaluare esențială a responsivității hipnotice și pregătește pacientul pentru experiența întăririi eului prin accesarea unei „amintiri bune” (vezi discuțiile despre metodele de întărire a eului din capitolul următor). Yapko (1990a) arată că oamenii au abilități și resurse care sunt uitate deoarece nu le conștientizează sau accesează.

Phillips și Frederick (1995) consideră că :

Acest tip de explorări interne care pot apărea în timpul primei evaluări pregătesc scena pentru o prelucrare extensivă direcționată spre interior în timpul terapiei.... Dacă pacientul nu se simte confortabil cu acest tip de abordare, intrând rapid într-o stare de regres, cu răspunsuri dezorientate, sau pierzând contactul cu situația terapeutică, atunci terapeutul primește informații diagnostice importante. Terapeutul poate presupune că persoanei îi lipsesc granițele interne, iar hipnoterapia trebuie realizată cu prudență și numai după o pregătire atentă (p. 24).

Miturile hipnotice

Un alt aspect esențial al procesului de evaluare este examinarea credințelor și concepțiilor greșite ale pacientului în legătură cu hipnoza (Erickson, 1932). Trebuie explorate toate experiențele anterioare cu un clinician, în grup sau de autohipnoză, precum și următoarele mituri legate de hipnoză :

- Hipnoza este identică cu somnul.
- Hipnotizatorul deține controlul total asupra pacientului.
- Hipnoza este o experiență neobișnuită și anormală, și astfel poate fi dăunătoare (Udolf, 1981).
- Pacientul poate începe să vorbească spontan și să divulge informații personale sau confidentiale.
- Pacientul nu mai este conștient de mediul înconjurător și s-ar putea să nu își amintească nimic din experiența hipnotică (Krogers, 1977).
- Pacientul nu va putea ieși din transa hipnotică.
- Pacientul s-ar putea angaja în comportamente stranii sugerate de hipnoterapeut.

Nu există nici o dovadă clară a faptului că hipnoza ar fi dăunătoare în vreun fel, deși persoanele dezinformate și nepregătite o pot folosi în mod neadecvat. Credem că o standardizare a hipnozei și a fenomenelor hipnotice este utilă, pacienții fiind informați despre acele comportamente care apar în „transă”, adesea în mod natural. De exemplu :

- Ați fost vreodată atât de fascinat sau absorbit de un program la televizor sau de o carte, încât parcă ați uitat unde vă aflați sau cine sunteți ?
- Uneori, oamenii sunt atât de implicați în activitățile pe care le desfășoară, încât pierd noțiunea timpului.
- Ați observat cum oamenii devin atât de fascinați de ceva, încât nu răspund atunci când le adresați o întrebare ?
- Vă amintiți de momente în care ați uitat numele cuiva, dar vi l-ați amintit mai târziu ?
- Uneori, oamenii își amintesc de o anumită experiență ascultând un anumit cântec.
- Adesea, am observat că, pentru a lua o decizie importantă, am nevoie de multe argumente „pro” și „contra” înainte.
- V-ați dus vreodată la culcare gândindu-vă la o problemă și v-ați trezit dimineața știind soluția la acea problemă ?
- Sunteți conștient de faptul că ați dat aprobator din cap atunci când v-am întrebat dacă sunteți căsătorit ?
- Uneori, oamenii observă că fața li se înroșește involuntar în anumite situații.
- Mă întreb dacă ați avut vreodată experiența unui sentiment profund de relaxare, atât de confortabil, încât vă era dificil să vă mișcați.
- Uneori, atunci când oamenii sunt relaxați și se simt foarte confortabil, pot avea vise foarte plăcute și diverse imagini li se succedă în fața ochilor.

- Chiar și atunci când oamenii dorm, mintea lor inconștientă este trează și le permite să viseze și să rezolve probleme, precum și să mențină funcțiile corpului la un nivel optim.
- Ați observat că, atunci când visați în cursul zilei, răspundeți imediat atunci când cineva vă strigă pe nume?
- Vi s-a întâmplat vreodată să uitați ceva, de exemplu, un număr de telefon, care mai târziu, fără să vă mai gândiți la asta, v-a apărut brusc în minte?
- Nu-i așa că, deși există tot timpul sunete în jurul dumneavoastră, cum este ticăitul ceasului, de multe ori nu le auziți?
- Vă amintiți momente în care v-a amorțit un braț sau un picior?
- Ați observat că, atunci când vă simțiți bine, timpul trece repede, iar atunci când sunteți plictisit, timpul trece foarte încet?
- Vi s-a întâmplat să fiți vreodată singur și să auziți vocea cuiva, fără să fie nimeni acolo?

Pentru a ajuta pacientul să înțeleagă unele procese ale hipnoterapiei, poate fi folosită analogia creierului cu un computer. Trebuie să ne asigurăm însă că pacientul înțelege într-o oarecare măsură cum funcționează computerele, iar dacă acest lucru nu se întâmplă, atunci trebuie găsite alternative potrivite. Acest lucru poate fi util și în ceea ce privește anumite intervenții specifice (de exemplu, pentru problemele de somn).

Unii pacienți cred că „toate problemele lor vor fi vindecate în mod magic” cu ajutorul hipnozei. Deși expectanțele și speranțele lor nu trebuie reduse de tot, este necesar ca, împreună cu terapeutul, pacientul să stabilească scopuri realiste ale tratamentului.

De asemenea, este important ca în prima ședință de terapie să li se transmită pacienților că au resursele interioare pentru

rezolvarea creativă a problemelor și pentru vindecarea psihosomatică. Acest punct de vedere este sprijinit de situația când pacienții afirmă că sunt responsabili de modularea și schimbările temporale ale simptomatologiei lor, așa cum a fost deja arătat. Rossi (1995a) afirmă:

Rolul major al terapeutului este de a „aranja situația” astfel încât pacientul să aibă ocazia de a recunoaște și facilita propriul proces creativ ultradian ca agent de rezolvare a problemelor și vindecare. Psihoterapia devine o educare experiențială, în care pacientul învață cum să își optimizeze ritmul natural al performanței și vindecării (p. 7).

În prima ședință de terapie sau la începutul următoarei ședințe, sarcina terapeutului este de a colabora cu pacientul pentru găsirea problemelor și a cauzelor. Pot fi adresate întrebări deschise de tipul:

- Ce produce stresul în viața dumneavoastră?
- Ce vă deranjează de fapt în acest moment?
- Care este lucrul cel mai important din viața dumneavoastră acum?
- Care pare să fie scopul principal al acestei ședințe de terapie?

Adresarea unor asemenea întrebări deschise vizează să acceseze amintirile relevante dependente de stare care sunt sursa stresului pacientului și să folosească preocupările lui mentale pentru inducția transei și vindecarea interioară. Rossi spunea că:

Asemenea întrebări pot crea o motivare și o excitare emoțională suficiente pentru a evoca sau îmbunătăți cascada psihobiologică ultradiană de 90-120 de minute de la minte la gene, care este în

mod tipic implicată în rezolvarea problemelor din viața de zi cu zi, precum și în urgențele emoționale, traume și stres (p. 7).

În timpul stadiului inițial, sarcina principală a pacientului este aceea de a identifica ce probleme legate de stres sau alte chestiuni sunt cele mai presante. Este ceva obișnuit ca pacientul să scoată la iveală o gamă întreagă de experiențe în acest punct, precum curiozitatea, speranța, expectanța și confuzia, putând uneori să apară și experiențe negative. Sarcina principală a terapeutului în acest stadiu rămâne aceea de a ajuta pacientul să dezvolte o relație bazată pe încredere și colaborare, pentru a-i crea sentimentele speranței și expectanței (de exemplu, starea terapeutică de excitație emoțională), astfel încât dezvoltarea lor să permită continuarea terapiei.

Capacitatea hipnotică

În cercetările experimentale din domeniul hipnozei au fost realizate diverse scale de capacitate și sugestibilitate hipnotică (vezi http://www.socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/hypnosis_research.htm). Aceste scale includ Profilul de Inducție Hipnotică Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978), Scala Clinică Hipnotică Stanford pentru Adulți (Morgan, Hilgard, 1978a), ce are și o versiune pentru copii (Morgan, Hilgard, 1978b), PCI-HAP Pekala (1995a, 1995b) și Scala de Sugestibilitate Barber (Barber, 1969; Barber, Wilson, 1978). Fellows (1988) trece în revistă diferitele scale. Există numeroase controverse legate de valoarea clinică a hipnotizabilității. Hilgard (1982) susține că o formă de evaluare este necesară și esențială, astfel încât hipnoterapeutul să adapteze psihoterapia hipnotică pentru pacientul individual. Autorul susține că:

Alegerea se regăsește între judecata clinică, responsivitate și măsurare. Deși evaluarea este dezirabilă, trebuie să avem grijă să selectăm instrumentul de măsurare adecvat, deoarece o scală eficientă trebuie să se bazeze pe considerații psihometrice serioase și să evite iluzia intrinsecă intuiției clinice (p. 394).

Pe de altă parte, Waxman (1981) susține că testele de hipnotizabilitate nu sunt nici necesare, nici dezirabile și că cel mai bun test este: „Evaluarea, instinctul și experiența doctorului, decizia sa pozitivă de a utiliza hipnoza și cooperarea și motivația pacientului” (p. 73). Totuși, așa cum sugerează Gibson și Heap (1991): „Fie că scalele de măsurare sunt administrate sau nu, clinicienii au de câștigat din familiarizarea cu mai multe scale și prin practica administrării lor” (p. 38). În legătură cu această problemă, Oakley, Alden și Degun-Mather (1996) continuă:

Diferențele individuale de hipnotizabilitate au o importanță clinică potențială din două motive. În primul rând, ne putem aștepta ca numai clienții aflați peste un anumit nivel de susceptibilitate hipnotică să poată beneficia de intervenții hipnotice și în al doilea rând hipnotizabilitatea poate avea o semnificație etiologică în unele probleme psihologice clinice... Chiar dacă se stabilește o relație pozitivă puternică între susceptibilitate și rezultat, trebuie să spunem totuși că, dacă hipnoza oferă un ajutor eficient în terapie, atunci chiar și clienții cu cea mai mică susceptibilitate hipnotică ar avea beneficiul tratamentului bazal, cei care sunt mai susceptibili ar obține ceva mai mult, și așa mai departe (p. 503).

Problemele-cheie legate de indivizii cu o hipnotizabilitate crescută au fost recent discutate de Heap, Brown și Oakley (2004).

În practică, foarte puțini clinicieni utilizează aceste instrumente, pentru că se presupune că la ora actuală și pacienții cu

o capacitate foarte scăzută beneficiază de pe urma hipnozei prin utilizarea abilităților imaginative pe care le au și mai ales a celor de producere a fenomenelor hipnotice specifice. În contrast cu acest punct de vedere se situează cel care sugerează că testarea capacității este un instrument formal important, care trebuie folosit în faza inițială a terapiei. Spiegel argumentează că este important ca practicianul să aibă un profil diagnostic al pacientului pentru a determina care este abordarea terapeutică cea mai eficace. Instrumente precum HIP pregătesc pacientul pentru procedurile hipnotice și sprijină dezvoltarea relației bazate pe încredere dintre terapeut și pacient, precum și furnizarea unor informații diagnostice importante. HIP servește de asemenea unui alt scop important, acela de a îndeplini expectanțele pacientului legate de „examinarea diagnostică”, care este concordantă cu cea din situațiile medicale convenționale și, în consecință, poate crește valoarea transferului pozitiv (arhaic).

Mai mult, dacă terapeutul este conștient de capacitatea pacientului și de natura răspunsurilor disponibile, chiar dacă instrumentul nu este riguros administrat și cotelat, este posibilă optimizarea exercițiilor de autohipnoză înregistrate astfel ca pacientul să le practice în afara ședințelor de terapie (Gibson, Heap, 1991, p. 37). Un terapeut competent care devine conștient de nivelul de susceptibilitate hipnotică al pacientului, chiar dacă acesta este destul de scăzut, va adopta un program terapeutic individualizat. De exemplu, Spiegel și Spiegel (2004) susțin folosirea unor tehnici diferite de control a durerii pentru nivele diferite de hipnotizabilitate. Pacienții cu hipnotizabilitate crescută sunt deprinși cu autohipnoza pentru sugerarea directă a amorteții sau disocierii corporale; cei cu hipnotizabilitate medie învață modificarea senzorială și tehnicile de fantezie, iar cei cu hipnotizabilitate scăzută sunt încurajați să folosească tehnici de distragere. Există de asemenea dovezi care corelează

abilitatea hipnotică cu unele tulburări psihologice, precum tulburările de comportament alimentar (Covino, Jimerson, Franko, Frankel, 1994; Everill, Walker, 1995; Wybraniec, Oakley, 1996).

Aspectul clinic important este că, deși persoana nu răspunde bine la evaluarea hipnotică standardizată, poate fi responsabilă la abordări hipnotice mai flexibile folosite în contextul interpersonal al alianței terapeutice. Dintr-o perspectivă ericksoniană (Erickson, 1952a; Gilligan, 1987), orice persoană are capacitatea de a răspunde experiențial în relația hipnotică (toate persoanele normale pot fi hipnotizate), astfel că sarcina terapeutului rămâne cea de identificare și creare a unui context favorabil dezvoltării hipnotice.

Profilul de Inducție Hipnotică și Scala Imaginației Creative

Mai jos sunt prezentate două exemple standard de proceduri de evaluare, HIP (Spiegel, Spiegel, 1978; Spiegel, Greenleaf, Spiegel, 2000) și Scala Imaginației Creative (Barber, Wilson, 1978). HIP include instrucțiuni care produc senzația de ușurime a brațului și mâinii, cu teste de răspuns la această instrucțiune. Răspunsul este caracterizat de disociere, levitația mâinii după ce este coborâtă, involuntaritate, răspunsul la semnalul întrerupt și modificarea senzației. Spiegel și Spiegel (2004) concluzionează că transformarea inducției hipnotice în test al capacității hipnotice transformă întâlnirea inițială prin:

- îndepărtarea presiunii de hipnotizare cu succes a oricărui subiect pentru clinician;
- reducerea experiențelor pacienților de complianță cu dorințele clinicianului, în comparație cu explorarea și descoperirea propriei capacități hipnotice.

Intervenția 1. Profilul de Inducție Hipnotică (HIP) (adaptat după Spiegel, Spiegel, 1978, pp. 35-78)

Ca și în cazul altor tehnici prezentate în această carte, nu este nevoie să urmăim cu exactitate prescripția. Cuvintele trebuie adaptate nevoilor pacientului, acordând atenție tonului vocii și ritmului.

Această tehnică este o versiune considerabil redusă a celei originale, care a fost realizată de Spiegel și Spiegel. Procedura și fenomenele așteptate sunt explicate pacientului înainte de a începe.

În primul rând, lasă-ți picioarele să se odihnească confortabil pe podea, pe măsură ce devii conștient de respirația ta... lăsând aerul să treacă din nas prin plămâni (*aceasta trebuie să se potrivească cu ceea ce face de fapt pacientul*)... și înapoi... lăsând tot disconfortul din corpul tău să iasă, pe măsură ce expiri... data viitoare când inspiri, ridică ochii în sus, ca și cum te-ai uita la ceva de pe vârful capului tău (*aceasta se numește Metoda Rostogolorii Ochilor a lui Spiegel – pacientului i se explică această abordare înainte de exercițiu*)... și cum inspiri, închizi ochii până la un punct în care simți că pur și simplu nu mai funcționează... lăsând ca acest sentiment de relaxare să se răspândească până jos, în vârful degetelor de la picioare... lăsând corpul tău să plutească... te bucuri de această senzație de plutire și simți o nouă senzație într-unul dintre degetele tale... poate la mâna dreaptă... sau la mâna stângă... observi la început cum asta se întâmplă în vârful degetului, așteptând să se întâmple... de la sine, și nu e nevoie să faci nimic pentru ca să se întâmple... când observi că se întâmplă, lasă senzația să se răspândească în restul mâinii tale și să devină din ce în ce mai ușoară... plutind încet și fără efort la distanță de piciorul tău... tot mai sus, mai sus, pe măsură ce devine din ce în ce mai ușoară... imaginează-ți că mâna ta este legată de un balon

frumos colorat care trage încet de mâna ta din ce în ce mai sus în aer... bucurându-te de această senzație plăcută. În timp ce voi număra de la unu la șase, te rog să deschizi ochii și să îți privești mâna, păstrând senzația pe care o ai acum... Când te uiți la mâna ta, poți observa cum devine tot mai ușoară și este trasă în sus spre ochii tăi (*apoi este realizată procedura*). Acum închide ochii din nou și devii de două ori mai relaxat decât ești acum. În câteva momente, atunci când număr de la unu la șase, poți deschide ochii păstrând această senzație pe care o ai acum până când îți dau semnalul prin atingerea cotului (*terapeutul atinge cotul pacientului – aceasta este o sugestie posthipnotică*) când senzațiile normale se vor reîntoarce (*este realizată procedura*).

Atunci când deschide ochii și înainte de sugestia posthipnotică, pacientul este rugat să spună în ce fel diferă caracteristicile mâinii drepte față de cele ale mâinii stângi – temperatura, gradul de control, amorteala și așa mai departe (răspunsul diferențial). Pe parcursul procedurii, terapeutul observă pacientul foarte atent, întrucât aceasta poate furniza informații semnificative. Trebuie notat că, în timpul acestei evaluări inițiale, clinicianul „hipnotizează” pacientul. Folosesc deseori această abordare pentru a învăța pacientul procedura autohipnozei (vezi intervenția 7).

Intervenția 2. Scala Imaginației Creative (CIS) (adaptată după Braber, Wilson, 1978, p. 85)

Scala constă în 10 itemi discreți care sunt citați pacientului cu voce tare; acesta e așezat relaxat pe scaun, cu ochii închiși, imaginându-și scenele descrise. Nu există inducție hipnotică anterioară, deși imaginarea scenelor este o formă de inducție (imaginație activă). I se explică pacientului că scopul testului

este de a stabili ce lucruri consideră ște că este mai ușor să și le imagineze. Menționăm de asemenea că aceasta nu este o intervenție completă și că cea originală este cronometrată strict.

1. Ține mâna stângă în poziție orizontală, orientată cu palma în sus... Imaginează-ți că una... două... și apoi trei cărți grele sunt așezate pe mâna ta. (*Clinicianul trebuie să noteze când apar mișcările mâinii și ale brațului.*)
2. Întinde mâna dreaptă în poziție orizontală, orientată cu palma în jos... Acum imaginează-ți un curent puternic de apă dintr-un furtun de grădină cum împinge în sus mâna ta...
3. Imaginează-ți că un anesteziec este injectat în mâna ta stângă... și mâna devine amorțită, tot mai amorțită... Lasă acest lucru să se întâmple... Nu trebuie să faci nimic...
4. Imaginează-ți că urci pe munte și îți este tot mai cald și mai sete... Trăiește senzațiile pe care le ai atunci când bei un pahar cu apă rece, răcoritoare... Ce simți acum?
5. Imaginează-ți că decojești și mănânci o portocală... lasă-te cuprins de senzațiile asociate cu aceasta... mirosul, gustul, textura...
6. Imaginează-ți că asculți o muzică foarte puternică și incitantă... imaginează-ți asta acum și trăiește toate senzațiile și sentimentele pe care ți le inspiră...
7. Imaginează-ți că mâna ta dreaptă este expusă la căldura confortabilă a soarelui și aceasta face ca mâna ta să se încălzească... devine tot mai caldă și este tot mai confortabil... este exact sentimentul de care te bucuri...
8. Controlându-ți gândirea, poți face ca timpul să încetinească... este mult timp între... oricare două secunde... pe măsură ce timpul se î-n-t-i-n-d-e... mai încet ... Și mai încet (*Terapeutul încetinește ritmul vorbirii atunci când administrează acest item*).
9. Imaginează-ți că ești din nou la școala primară... Băiatul sau fata care stă lângă tine... în fața ta... sunetele... Poate știi numele tuturor copiilor...
10. Stai întins pe plajă într-o zi caldă de vară... Te simți confortabil și relaxat... Lasă căldura să scalde fiecare parte a corpului tău... cald, relaxat și confortabil...

Experiența pacientului poate fi cotate formal sau pot fi obținute informații clinice relevante prin observare și chestionare. Se poate obține un indicator general al capacității generale a pacientului de imaginare și răspuns la sugestii, precum și a stilului de răspuns la fiecare modalitate senzorială. Acest lucru poate fi de un ajutor considerabil pentru clinician atunci când decide asupra abordărilor de inducție și a strategiei de tratament.

La fel ca testarea pacienților referitoare la sugestibilitatea hipnotică, poate fi util să le testăm răspunsul la sugestia hipnotică (Golden, Dowd, Friedberg, 1987 ; Phillips, Frederick, 1995, pp. 45-60), deoarece un asemenea antrenament este eficace în creșterea responsivității hipnotice (vezi Diamond, 1974, 1977 ; Katz, 1979). Antrenarea abilităților hipnotice subliniază autocontrolul și pacienții au experiențe similare autohipnozei înainte de a experimenta heterohipnoza. Golden și colaboratorii săi (1987) susțin că în aceste condiții :

Pacienții vor dezvolta probabil expectanțe realiste despre hipnoză. Ei observă că hipnoza le solicită cooperarea și participarea și că acest lucru se află sub controlul lor. Ca rezultat al antrenamentului abilităților, probabil vor dezvolta un locus intern al controlului și își vor atribui succesul lor înșiși, nu hipnotizatorului sau „puterii hipnozei”... aproape toate persoanele pot învăța să devină subiecți adecvați prin antrenamentul abilităților, deși s-ar putea să nu fie capabili să experimenteze toate fenomenele hipnotice (p. 14).

Phillips și Frederick (1995, pp. 45-46) dezvoltă câteva strategii utile de „antrenament”, realizate de mai mulți clinicieni, care pregătesc pacientul pentru hipnoza formală (Jecks, 1984 ; Wester, Smith, 1984 ; Wright, Wright, 1987 ; Yapko, 1990a ; Altman, Lambrou, 1997). Acestea includ :

- relaxarea activă și pasivă ;
- închiderea ochilor ;
- dezvoltarea concentrării interne ;
- abilitatea de aprofundare a unei transe ușoare într-un mod care să fie sigur și confortabil ;
- răspunsuri liniștitoare la sugestiile de imagerie ;
- răspunsuri liniștitoare la alte sugestii senzoriale, mai ales kinestezice și auditive ;
- abilitatea de a iniția și de a stopa experiențele externe după dorință ;
- semnalizarea ideomotorie/ideosenzorială (pentru o discuție detaliată, vezi capitolul 5) ;
- puntea afectivă/somatică (tehnică regresivă pentru centrarea pe experiențe pozitive) ;
- reorientarea în afara încăperii la finalul inducției formale.

Angajarea în aceste experiențe permite pacientului să dezvolte senzația de abilitate și autocontrol, iar cu această subliniere a întăririi eului se construiește încrederea și se depășește orice rezistență inițială de angajare în procesul terapeutic. Accentul cade pe ajutorarea pacientului pentru a se simți confortabil și a prelua controlul, pornind și începând experiențele interioare după dorință și dezvoltând un sentiment de stabilitate și siguranță internă. Adoptarea acestor abordări ajută de asemenea la stabilirea unei relații terapeutice între terapeut și pacient, o componentă importantă în dezvoltarea „alianței terapeutice”.

Hipnotizarea pacientului

Înainte de a explora metode specifice de inducție, trebuie examinată mai departe importanța relației dintre terapeut și pacient

în contextul general hipnoterapeutic. Erickson (1962) era convins de faptul că unul dintre cele mai importante aspecte ale hipnoterapiei eficace sunt terapeuții înșiși. El rezumă acest lucru astfel :

O tehnică de inducție nu reprezintă o serie de cuvinte, fraze și propoziții și nu este o chestiune de sugestie, intonație, inflexiuni, pauze și ezitări. O tehnică de inducție este o chestiune simplă, dar în același timp complexă a comunicării ideilor, semnificațiilor și atitudinii de către doctor spre pacientul său (p. 1).

Erickson sistematizează câteva aspecte legate de ceea ce ar trebui să-i comunice hipnoza pacientului pentru a se realiza un climat bun pentru inducție. Printre acestea se numără :

- a conștientiza că pacienții cer ajutor pentru că nu pot înțelege sau nu se pot ajuta singuri să-și rezolve problemele, considerând că terapeutul îi poate sprijini ;
- nevoia de a fi mereu conștient și atent la nevoile proprii ale pacientului pentru a comunica într-un anumit fel (de exemplu, prin verbalizare, expresie facială, gesturi, ceva ce consideră a fi important atât pentru ei înșiși, cât și pentru terapeut) ;
- terapeuții trebuie să fie conștienți de propriile abilități, cunoștințe, îndemnare, să transmită un sentiment de încredere și respect de sine și să arate că sunt pregătiți corespunzător și sunt competenți pentru a se descurca în acea situație ;
- terapeutul trebuie să înțeleagă în profunzime hipnoza ca experiență comună pentru toată lumea.

În afirmațiile de mai sus există aspecte implicite legate de formarea adecvată și pregătirea pentru practica psihoterapiei, precum și de necesitatea de dezvoltare personală și pregătire profesională continue.

Metodele de inducție pot fi împărțite în două mari categorii: metode directe „formale” de inducție și metode „naturaliste” indirecte. Însă trebuie subliniat faptul că aceste abordări nu sunt separate și că pot fi ușor integrate în practica clinică.

Metode directe de inducție

Există numeroase tehnici de hipnotizare. În opinia lui Hilgard și LeBaron (1984a), există trei componente principale ale procesului de inducție hipnotică:

- relaxarea (sugestii de relaxare, pace, calm etc.);
- imaginația (utilizarea imageriei ghidate – de exemplu, locul preferat, scene plăcute);
- acțiunea (fixare, levitația mâinii).

Veți observa că multe dintre tehnicile următoare includ cel puțin una dintre aceste componente.

Tehnicile de inducție directe implică în general fixarea atenției pacienților. Pe măsură ce se concentrează și își îngustează câmpul de atenție, rezultă o reducere a conștienței periferice și, în consecință, o blocare a facultăților critice. Abordările standard de fixare a privirii includ centrarea asupra obiectului (de exemplu, vârful unui pix, un punct pe perete sau o monedă). Alte abordări cu fixarea atenției includ: imaginarea și vizualizarea, levitația mâinii, relaxarea și alte forme de senzații interne, experiențe emoționale sau perceptive, incluzând concentrarea asupra unui simptom (de exemplu, durerea, descrierea problemei), ascultarea poveștilor captivante, motivante sau fascinante.

Există și tehnici tradiționale, iar cititorul poate găsi o descriere cuprinzătoare a unor asemenea metode de inducție în Heap și

Aravind (2001). Este important de știut că tehnicile de centrare descrise mai sus apar „natural” (de exemplu, atunci când suntem captivați de o carte, când urmărim un film interesant sau ascultăm muzică).

Tehnicile indirecte fac parte de asemenea din categoria metodelor formale de inducție; de exemplu, unele sugestii pot fi „strecurate” prin schimbări de tonalitate sau volum al vocii. Exemple de astfel de sugestii intercalate sunt cele subliniate în următoarea tehnică standard de „centrare a atenției”.

Intervenția 3. Fixarea privirii cu distragere (numărarea în ordine descrescătoare)

În primul rând, spuneți-i pacientului ce urmează să faceți și ce vă așteptați să facă el.

În câteva momente, îți voi cere să găsești ceva (*de exemplu, un obiect sau o parte a unui obiect*) care se află cu puțin deasupra liniei ochilor tăi, astfel că trebuie să îți ridici privirea ca să te uiți la el. Te rog să te concentrezi asupra aceluia lucru și în același timp să numeri înapoi de la 300 din trei în trei. Atunci când ți se închid ochii, oprește-te din numărare. În timp ce faci asta, eu îți voi vorbi despre *relaxare*. Vei auzi tot ce spun, dar asta nu va interfera cu sarcina ta. Ai întrebări? Să începem.

Concentrează-te asupra acestui punct și începe să numeri invers... Picioarele devin grele, calde și relaxate pe măsură ce continui să respiri rar și *fără efort*... Cu fiecare expirație, picioarele tale devin din ce în ce mai calde și grele... Lasă căldura și greutatea să se răspândească în sus în picioarele tale, îndepărtând toată tensiunea reziduală... Nu trebuie să faci nimic... Se întâmplă *fără efort*, de la sine... Picioarele tale sunt grele, calde și total relaxate pe măsură ce aceste senzații se răspândesc în sus, spre coapsele tale, care devin calde, grele și relaxate. (*Aceste sugestii sunt continuate până când sunt*

menționate toate zonele corpului – abdomenul, pieptul, brațele, mâinile, fața și în final pleoapele. Este foarte probabil ca, într-un moment anterior în cursul relaxării progresive, pacientul să înceapă să experimenteze greutatea și relaxarea pleoapelor, astfel că va clipi, și aceasta poate permite flutter-ul cataleptic. Atunci când se întâmplă acest lucru, i se sugerează că poate închide ochii.) Data viitoare când pleoapele tale se vor închide, lasă-le să rămână închise și vei descoperi că această experiență este foarte *relaxantă și confortabilă*... Lasă acest sentiment de relaxare să curgă în jos, spre vârfurile degetelor de la picioare, lasă-ți corpul să plutească.

Atunci când se ajunge în acest stadiu, terapeutul poate continua cu o întărire a eului formalizată (vezi intervențiile din capitolul 4) sau cu orice alte intervenții adecvate în acel moment.

Intervenția 4. Fixarea privirii cu relaxare progresivă activă

Începeți în același fel ca în cazul fixării privirii cu distragere. În această inducție nu există o sarcină de distragere, adică numărătoarea inversă. În locul ei, pacientul se angajează în relaxarea progresivă în manieră activă.

Concentrează-te asupra punctului pe care l-ai ales și apoi concentrează-ți atenția asupra picioarelor tale, observând senzațiile pe care le simți acolo... Lasă picioarele să devină calde, grele și relaxate... etc.

Procedura continuă apoi ca în intervenția 3, până când pacientul închide ochii.

Intervenția 5. Levitația brațului și a mâinii (mișcări ideodinamice)

Încă o dată, i se spune pacientului ce are de făcut și la ce să se aștepte că se va întâmpla.

Uită-te doar la mâna ta și mai devreme sau mai târziu vei observa o senzație, poate în vârful unuia dintre degetele tale... Poate mai curând decât te aștepți... așteptând ca aceasta să se întâmple și, atunci când se întâmplă, observând această experiență... Poți începe deja să te întrebi în care deget sau în care mână va apărea această senzație și poți fi surprins atunci când se întâmplă... Poți să te bucuri observând aceste schimbări importante... Când apar, lasă aceste senzații să se transforme în mișcare, astfel încât degetul, spre surprinderea ta, să se miște în sus... (de îndată ce observai acest lucru, comentați asupra lui și atingeți ușor degetul care s-a mișcat)... Acele senzații și mișcări se pot deplasa ușor în restul mâinii tale, astfel că întreaga mână și întregul antebraț devin ușoare, ușoare ca o pană și pot începe să plutească fără efort în aer de unele singure, nu trebuie să faci nimic pentru ca aceasta să se întâmple... Mă întreb dacă te vei bucura de această relaxare ușoară și naturală pe care o vei trăi pe măsură ce mâna ta plutește în sus spre ochii tăi... Pe măsură ce acest lucru se întâmplă, poți fi surprins să constăți că pleoapele tale devin din ce în ce mai grele și relaxate... și deja încep să se închidă.

De îndată ce vedeți că pleoapele pacientului se închid sau clipesc, puteți sugera închiderea ochilor. Aceasta se poate realiza folosind următoarele cuvinte :

Este în regulă să închizi ochii și să îi lași închiși acum... Vei vedea că această experiență este confortabilă și relaxantă.

Sau :

Este în regulă să închizi ochii acum și să ți lași închiși... Este această experiență confortabilă și relaxantă?

Alternativ, aceasta se poate realiza nonverbal, prin trecerea a două degete peste pleoapele pacientului. Conform experienței mele, această tehnică funcționează întotdeauna cu succes. Odată ce a fost stabilită închiderea ochilor, terapeutul poate continua cu întărirea eului sau o altă intervenție adecvată.

Metode indirecte de inducție

Metodele „naturaliste” (sau „tehnicile ericksoniene”) sunt informale, pentru că nu există o inducție aparentă, ca în procedurile formalizate și ritualizate care au fost descrise anterior. Erickson (1958a) definea abordările naturaliste astfel :

Acceptarea și utilizarea situației întâlnite fără încercarea psihologică de a o restructura. Dacă procedăm astfel, simptomele subiective ale pacientului devin de un real folos, reprezentând o parte a inducției transei, mai degrabă decât obstacole (p. 3).

Adaptarea tehnicilor hipnotice pentru fiecare pacient în parte și pentru nevoile sale duce la rezultate terapeutice eficace, imediate și ușor de obținut (p. 11).

Datorită faptului că abordarea este naturală, iar pacientul nu este conștient de ceea ce se întâmplă, nu poate exista nici un fel de rezistență, așa cum s-ar putea întâmpla dacă se folosesc tehnici directe. Dat fiind faptul că procesul este natural, nu se poate argumenta logic nici o critică etică. Într-adevăr, pacientul se angajează într-o relație colaborativă și este de acord să coopereze în procesul hipnoterapeutic.

În abordarea hipnotică a lui Erickson, inducția hipnotică se realizează prin utilizarea asociațiilor personale ale pacientului și a tendințelor sale naturale de răspuns (cum sunt lucrurile învățate experiențial), în loc să ne bazăm pe proceduri de inducție hipnotică standardizată. Toată lumea dispune de numeroase condiționări și lucruri învățate nerecunoscute, psihologice și somatice, iar utilizarea inteligentă a acestora constituie o utilizare eficace a hipnozei. Erickson considera că scopul inducției clinice era acela de a centra atenția spre interior și, în consecință, să depotențeze seturile conștiente zilnice ale persoanei. Pacienții sunt tot mai mult absorbiți de acest proces pe măsură ce se lasă fascinați de povești, imagini, paradoxuri și experiențe. Ca rezultat, apar frecvent fenomene hipnotice spontane (disocierea, regresia de vârstă, catalepsia, amnezia etc.) (Erickson, Rossi, 1976a).

Abordările folosite de Erickson pentru a depotența conștientul sunt intercalate cu procesele de inducție și sugestie și sunt dificil de atins. Este important de știut faptul că Erickson a acceptat întotdeauna realitatea imediată a pacientului și cadrele sale de referință, creând astfel o alianță puternică cu laturile multe și adesea contradictorii ale pacientului.

Cele mai multe abordări indirecte sunt discutate în lucrarea lui Erickson și Rossi (1976a), în care sunt prezentate micro-dinamica inducției și sugestiei (cum sunt fixarea atenției, depotențarea seturilor conștiente, căutarea inconștientă, procesele inconștiente și răspunsul hipnotic). Deoarece transa nu asigură acceptarea sugestiei, sunt de asemenea necesare formele indirecte de comunicare : „Evocați, mobilizați și influențați procesele asociative ale pacientului și abilitățile sale mentale în anumite direcții pentru a obține anumite scopuri terapeutice” (Erickson, Rossi, 1976a, p. 169).

Formele indirecte de comunicare includ, printre altele : utilizarea (Erickson, 1959), metafora și analogia (Hammond,

1990a; Kopp, 1995; Battino, 2001), glumele, implicațiile, schimbările de ton, directiva implicată și întrebările de accesare bazală, legăturile duble (Erickson, Rossi, 1975), sugestiile deschise, pantomima (Erickson, 1964a), acoperirea tuturor posibilităților de răspuns, afirmațiile compuse și procesele dialectice.

Sugestii indirecte pentru începerea ședinței de terapie

Mai jos sunt redată exemple de comunicare indirectă pentru începerea ședinței de terapie, deși ele pot fi adaptate și pentru alte ocazii :

- Mă întreb dacă simți că ești gata să începi.
- Mă întreb dacă ai dori să experimentezi o transă medie, ușoară sau profundă.
- Este în regulă să îți acorzi suficient timp la începutul terapiei, pentru că astfel o vom putea finaliza mai curând.
- Ai prefera să intri în transă cu ochelarii pe nas, fără ei sau ai prefera mai degrabă să închizi ochii?
- Unii oameni preferă să intre în transă cu ochii deschiși, în timp ce alții preferă să închidă ochii. Mă întreb care variantă o preferi.
- Oamenii de obicei intră în transă atunci când stau pe scaunul pe care ești așezat acum.
- Poți intra în transă acum sau mai târziu.
- Atunci când mintea ta inconștientă este pregătită, ochii tăi se vor închide de la sine?
- Dorește mintea ta inconștientă să lucreze cu problema pe care tocmai mi-ai relatat-o sau cu una și mai importantă?

- Mai devreme sau mai târziu, vei decide care problemă dorești să o rezolvi.
- Vrei să mergi în trecutul tău acum, mai târziu sau după ce te decizi care problemă o rezolvi?
- Oamenii cred adesea că pot rezolva probleme în timp ce dorm.
- Stând acolo, închide ochii și încearcă să ajungi la gradul transei care îți este necesar.
- Dacă mintea ta inconștientă vrea să intre în transă, mâna ta stângă se va ridica. Altfel, se va ridica mâna dreaptă.
- Înainte ca ședința de terapie să se termine, mintea ta inconștientă va găsi modul adecvat de a comunica ceva important minții tale conștiente. Și ai putea fi fascinat de această idee, întrebându-te când și cum se va întâmpla.
- Nu e nevoie să asculți, ci poți înțelege tot ceea ce spun, folosind totul pentru nevoile tale personale.

Intervenția de mai jos prezintă întrebări care pot fi folosite pentru a induce transa.

Intervenția 6. Întrebările de accesare bazală ale lui Rossi

Acum, tocmai mi-ai vorbit despre felul în care problema ta urmează un tipar ritmic în cursul zilei, ceea ce este foarte interesant... Știai că ești responsabil de faptul că lași ca acest lucru să se întâmple?... Și atunci când știi că ai resursele acestea și că vindecarea poate avea loc acum, se vor închide ochii tăi de la sine?... Așa, e foarte bine! Este în regulă să ții secrete toate explorările tale interne și toate experiențele pe care nu vrei să le împărtășești cu nimeni?... Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate continua cu vindecarea internă și când mintea ta conștientă știe că poate coopera, ajutându-te să recunoști

acele perioade din cursul zilei în care ai nevoie de odihnă (o pauză de odihnă de 15-20 de minute), vei vrea să te trezești, lăsând pleoapele să se deschidă de la sine?

Alte exemple de utilizare a sugestiilor indirecte sunt prezentate în această carte, fiind discutate pe larg în Erickson (1958a, 1977), Erickson și Rossi (1976a, 1976b, 1979) și Erickson, Rossi și Rossi (1976).

Autohipnoza

Este important ca pacienții să continue cu terapia între sesiunile de terapie deoarece :

- le permite să continue relația cu terapeutul și procesul terapeutic ;
- le facilitează procesul de autoajutorare și întărire a eului ;
- întărește însuși procesul terapeutic.

Este ușor ca pacienții „să intre în stare hipnotică” și să se bucure de beneficiile relaxării induse, precum și de procesele naturale de vindecare ocurente. În timpul autohipnozei, ei se pot angaja de asemenea în realizarea scopurilor terapeutice, cum sunt gândirea pozitivă sau întărirea eului (de exemplu, imaginându-și rezultatul favorabil al terapiei). Autohipnoza poate fi ușor învățată de pacient în timpul sesiunii obișnuite de terapie, precum și la finalul terapiei, iar în timp ce se află în transă i se poate da următoarea sugestie :

Intervenția 7. O ilustrare a autohipnozei (1)

...Știi că poți face ușor acest lucru pentru tine însuși acasă. Tot ce e nevoie să faci este să stai sau să te întinzi într-un loc

relaxant și să devii conștient de respirația ta, spunându-ți „mă relaxez” de fiecare dată când expiri... observând că devii din ce în ce mai relaxat cu fiecare expirație... Data viitoare când respiri, lasă pur și simplu ochii să se închidă până în punctul în care simți că pleoapele se lipesc... Lasă acest sentiment de relaxare să se răspândească în jos pe coapse până în vârful degetelor de la picioare, lasă corpul să plutească... Bucură-te de această senzație de plutire în timp ce te îndrepti spre locul tău preferat în aer liber... Observă ce vezi... auzi... simți... și poate, dacă dorești, întâlnești un animal prietenos, căruia să îi dai toate problemele tale, pentru a învăța ceva pozitiv despre tine însuși (*vezi intervenția 17 din capitolul 4*)... știind că, atunci când ochii tăi se deschid (*după o perioadă predeterminată*), te vei simți relaxat și atent, știind că în tine apar schimbări pozitive importante, deși ai putea să nu fii conștient încă de ele, dar având încredere în mintea ta inconștientă, pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple... Știi că vei intra în această stare plăcută de hipnoză numai dacă ești în siguranță și este potrivit pentru tine să faci acest lucru în acest moment. Dacă, indiferent de motiv, devine incomod sau nu te simți în siguranță atunci când ești în transă, vei deschide imediat ochii și vei fi deplin treaz.

Intervenția 8. O ilustrare a autohipnozei (2)

Poți folosi această abordare pentru tine însuși atunci când dorești să te simți mai calm și relaxat (*sau terapeutul poate „prescrie” o sarcină ca temă pentru acasă, care să fie urmată de o sarcină terapeutică, precum gândirea pozitivă și întărirea eului; de exemplu, imaginarea rezultatelor favorabile ale terapiei*)... Tot ce trebuie să faci este să te așezi într-un scaun confortabil acasă și să îți privești mâna... Lasă aceste schimbări să apară așa cum s-a întâmplat acum... Te poți bucura de experiența relaxării profunde până când ești pregătit să deschizi ochii. Poți decide dinainte câte minute să rămâi în această

stare plăcută de relaxare a minții și corpului. (*Uneori, ți explic pacientului în acest punct că avem un ceas biologic pe care îl putem fixa, care ne poate trezi în momentul adecvat și decis dinainte, deoarece pot dezvolta anxietăți legate de rămânerea prea îndelungată în această stare confortabilă sau le-ar putea fi teamă că „nu se vor trezi!”*) Mâna și brațul tău vor face o schimbare numai atunci când decizi că aceasta va fi pentru scopuri strict „terapeutice”... Nu se va întâmpla dacă te uiți întâmplător la mâna sau brațul tău în orice alt moment care nu este adecvat. Pe măsură ce practici autohipnoza mai frecvent, vei descoperi că sentimentele de relaxare și pace devin tot mai puternice de la o zi la alta... Atunci când vei deschide ochii, acel sentiment de relaxare și pace va rămâne cu tine din ce în ce mai mult. Vei afla că poți face față tot mai bine problemelor din viața ta și vei avea un sentiment tot mai profund al stării de bine.

Depășirea rezistenței în hipnoterapie

În conformitate cu poziția psihanalitică tradițională, rezistența este inevitabilă, pentru că este inerentă mecanismelor de apărare pe care le folosește pacientul pentru a îndepărta anxietatea și vina, iar rezistența este depășită prin interpretare și *insight*. Pregătirea atentă a pacientului în timpul primei evaluări va înlătura cele mai multe dificultăți legate de rezistență prin :

- gestionarea miturilor legate de hipnoză ;
- stabilirea expectanțelor pozitive ;
- evaluarea pacientului cu ajutorul unei scale formale, cum este HIP a lui Spiegel (vezi intervenția 1) ;
- construirea unei relații colaborative care implică respectul și încrederea ;

- atenția acordată problemelor privind granițele (frecvența ședințelor, lungimea ședințelor de terapie, tarifele și contractul terapeutic).

Cu toate acestea, chiar și atunci când adoptăm aceste strategii, pacientul poate fi în continuare rezistent la hipnoză. Așa cum s-a discutat deja, Erickson a realizat un număr de metode indirecte care depășesc rezistențele pacientului. Acestea includ prescripțiile paradoxale, legăturile terapeutice, sugestiile indirecte, pantomima, tehnicile de confuzie, utilizarea simptomelor pacientului și chiar rezistența (Erickson, 1952b, 1956, 1973 ; Erickson, Rossi, 1975).

Tehnica „prietenui meu John”

Voi face aici o scurtă descriere a tehnicii lui Erickson numită „prietenui meu John” (1964b), pentru că o consider o abordare foarte valoroasă în hipnotizarea pacientului rezistent. În mod tipic, terapeutul spune „prietenui meu John” să se așeze confortabil pe scaun, să își pună confortabil mâinile pe picioare și să observe, mai devreme sau mai târziu, o senzație într-unul dintre degete, în mâna stângă sau dreaptă, urmată de levitația degetului, a mâinii sau a brațului. Pe măsură ce terapeutul face aceste sugestii, fiecare pas este reflectat de o continuă demonstrație lentă a acestor mișcări (pantomimă). Apoi terapeutul adaugă că, pe măsură ce mâna plutește spre față, ochii se vor închide atunci când degetele ating fața și vor rămâne închiși pe toată perioada prelucrării clinice. Erickson afirmă :

Tehnica „prietenui meu John” este o metodă excelentă de a învăța subiecții rezistenți să intre în transă. O demonstrez pacientului rezistent care vine la terapie și rezistă ; o demonstrez atât

de amănunțit și de atent, încât, pe măsură ce mă privește cum induc transa imaginarului meu prieten John, pacientul respinge pierderea sa de timp și de bani și devine responsiv fără să își dea seama în timp ce îl hipnotizez pe „John”, urmându-i exemplul și dezvoltând o transă fără să simtă nevoia de a opune rezistență... De asemenea, folosesc această tehnică pentru a preda autohipnoza în situația heterohipnotică pacienților care trebuie să repete acasă în condiții de studiu, migrenă, obezitate etc. (1964, p. 5).

Atunci când se folosește această abordare cu copiii, pot fi utilizate cu mult succes păpușile reale sau imaginare ori alte jucării.

Utilizarea

Atunci când lucra cu pacienții rezistenți, Erickson a subliniat importanța utilizării simptomelor pacientului și a tiparelor sale generale de comportament. Autorul afirmă :

Prin utilizarea tiparelor proprii de răspuns și comportament, incluzându-le pe cele care fac parte din boala actuală, putem influența terapia mai profund și mai satisfăcător, rezistența la terapie fiind redusă, iar acceptarea terapiei facilitată (1973, p. 217).

Încheierea ședinței terapeutice

La finalul ședinței terapeutice, este important ca pacientul să funcționeze ca un adult rațional, inteligent și complet ancorat în prezent. Prin utilizarea tehnicilor de folosire a „timpului prezent”, terapeutul poate ajuta de obicei pacientul să se reorienteze spre prezent. Acest lucru este important atunci

când pacientul a petrecut o parte din ședința de terapie lucrând cu experiențe negative din trecut. Există multe tehnici care pot ajuta în procesul de reorientare, printre care :

- descrierea literală (de exemplu, descrierea încăperii sau a călătoriei spre casă) ;
- întârrirea eului (de exemplu, ceva ce pacientul poate aștepta cu plăcere mai târziu în cursul zilei sau ceva ce urmează să sărbătorească în viața sa) ;
- validarea pacientului ;
- discutarea temelor pentru acasă solicitate pacientului.

Adesea sunt întrebat cum „scot pacientul din hipnoză” și dacă întâmpin dificultăți. Este improbabil să apară dificultăți la ieșirea din transă, dar, în cazul când aceasta se întâmplă, cel mai urât scenariu este acela în care pacientul cade într-un somn natural. Transa se termină de obicei cu cerința de a se „trezi”. De exemplu :

Atunci când voi număra de la unu la șase, deschide ochii și simte-te relaxat și proaspăt.

Totuși, uneori, poate fi necesar să trezim pacientul treptat. De exemplu :

Cu fiecare respirație, lasă senzația de veghe să se răspândească din labele picioarelor în picioare... Starea de veghe se răspândește în întregul tău corp... În sus, spre față și pleoape... lăsând pleoapele să se deschidă încet... Pe măsură ce te reîntorci în această încăpere, te vei simți proaspăt și alert... Știi că se întâmplă lucruri importante în mintea ta inconștientă chiar acum, chiar dacă nu ești pe deplin conștient de ceea ce se întâmplă.

O altă modalitate foarte utilă de încheiere a ședinței de terapie este întrebarea de accesare bazală sau directiva implicată. De exemplu :

De îndată ce mintea ta inconștientă știe că te poți întoarce ușor și în siguranță în această stare pentru a lucra constructiv, data viitoare când vom fi împreună te vei trezi simțindu-te înprospătat și activ? (Erickson, Rossi, 1976b, p. 13)

Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate continua cu vindecarea după ce ai deschis ochii, chiar și atunci când vei dormi mai târziu în cursul zilei de astăzi, te vei trezi simțindu-te înprospătat și relaxat?

Atunci când cealaltă minte a ta știe că poate utiliza toate învățăturile din această ședință pentru a te ajuta să rezolvi problemele din viața ta, ochii tăi se vor deschide?

Atunci când sinele tău interior a întreprins un efort interior suficient, vei descoperi că întâi îți miști picioarele sau mai degrabă vei întinde brațele pe măsură ce te trezești, gata să discuți orice este necesar? (Rossi, 1996, p. 198)

Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate coopera, ajutându-te să recunoști acele momente din cursul zilei în care ai nevoie să te odihnești pentru vindecare (o pauză de 15-20 de minute), te vei trezi? (Rossi, 1996, p. 194)

Atunci când devii conștient de faptul că te poți trezi cu o amintire completă a tot ceea ce știi despre situația ta, ochii se vor deschide pe măsură ce devii complet treaz, cu o întindere confortabilă? (Rossi, 1996, p. 200).

Ai decis când vei utiliza ceea ce ai învățat în această ședință de terapie?

Mintea ta conștientă poate fi interesată de ceea ce ai învățat din această experiență, iar mintea ta inconștientă poate avea grijă de învățare cu adevărat sau poate mintea inconștientă îți permite numai să devii interesat pe măsură ce mintea conștientă începe să învețe? (Lankton și Lankton, 1986, p. 249).

Ești surprins că poți fie să înveți din această experiență, fie să te înțelegi în mod diferit pe tine însuși?

Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate folosi învățămintele din această experiență sau te înțelege în mod diferit, îți vei găsi corpul mai activ, așa încât ochii să se poată deschide? În vreme ce te întrebi dacă vei fi capabil să integrezi toate aceste lucruri învățate într-un vis vindecător mai târziu în cursul zilei de astăzi, sau mâine, sau la sfârșit de săptămână, te vei trezi fascinat de anticipare?

O altă abordare este „bila de cristal imaginară”, care ajută pacientul să pună în legătură ceea ce a lucrat și învățat la nivel inconștient în cadrul ședinței de terapie cu vise ulterioare și cu *insight*-ul.

Intervenția 9. Bila de cristal

Acum, când ești pregătit, cu ajutorul minții tale inconștiente, îți poți imagina o bilă de cristal specială... În această bilă de cristal mintea ta inconștientă poate proiecta sinele tău viitor, așa cum vei fi atunci când ai integrat experiențe din trecut pe care le-ai descoperit astăzi, atunci când îți vor fi de folos... Eliberat de sentimentele de stres și reacțiile pe care le-ai trăit cu câteva momente în urmă... Atunci când acest lucru îți este cu adevărat de ajutor... Acordă-ți acum câteva momente pentru ca acest lucru să se întâmple... Atunci când îți apare ceva în minte, lasă capul să se miște în semn că „da” sau lasă degetul tău „da” să se miște, pentru a-mi comunica și mie acest lucru... Dar s-ar putea să nu știi acest lucru în mod conștient, deși mintea ta inconștientă știe... Poți afla când este mai adecvat... poate în cursul unui vis, mai târziu, astăzi sau mâine. Te poți întreba dacă acest lucru se va întâmpla în noaptea aceasta sau mâine-noapte sau poate la un moment dat săptămâna viitoare, dar atunci când mintea ta inconștientă știe că vindecarea va avea loc, ochii se vor deschide, pe măsură ce devii pe deplin conștient de locul în care te afli?

În general, multe dintre tehnicile directe și indirecte folosite pentru inducția de transă pot fi folosite și pentru „ieșirea din transă”.

Finalizarea terapiei

Ideal ar fi ca acest lucru să fie discutat cu pacientul la prima ședință de terapie. Trebuie justificat numărul predeterminat de ședințe, deoarece, adesea, finalizarea relației terapeutice poate părea amenințătoare. De obicei, finalizarea terapiei nu este o problemă, dar pot exista situații în care pacientul a avut dificultăți în trecut cu experiențele de separare, ce intervin și în această situație. Rezistența la finalizarea terapiei poate afecta în aceeași măsură terapeutul, și este important să fim vigilenți în ceea ce privește reacțiile personale. Motivele rezistenței pot fi legate de factori financiari, precum și de incapacitatea de a atinge scopurile terapeutice nerealiste. Trebuie subliniat aici că schimbarea terapeutică apare adesea după ce ședințele formale de terapie s-au încheiat. Efortul realizat în ședințele de hipnoterapie trebuie să fi pregătit pacientul să folosească autohipnoza în gestionarea nu numai a problemei sale specifice, ci și a celor stresante în general. Cei mai mulți pacienți vor fi învățați tehnici de relaxare, întărire a eului, autoobservarea comportamentelor distructive proprii și, să sperăm, o perspectivă mai pozitivă ca filozofie de viață.

Capitolul 4

Întărirea eului

Sunteți așezat confortabil? Atunci voi începe. A fost odată ca niciodată un bărbat care vâna. La un moment dat, și-a dat seama că undeva aproape de el se afla un tigru. Intrând în panică, a început să fugă cât de tare putea. Deși nu putea vedea tigrul, îi simțea respirația caldă în ceafă, ceea ce îl determina să fugă tot mai repede. Fugea mai repede decât o făcuse vreodată și, în final, a ajuns la marginea unei prăpăstii, împiedicându-se. Cu puțin noroc, a reușit să se prindă cu mâna de un mic tufiș și a început să se balanseze periculos deasupra hăului. Uitându-se în sus, a văzut tigrul, care avea o privire fioroasă, în jos, spre el; privind apoi în jos, a văzut un alt tigru, care îl privea cu gura larg deschisă, așteptând ca omul să cadă. Dar asta nu era tot. Doi șoareci micuți rodeau tulpina tufișului salvator de care era agățat. Atunci, omul a observat un tufiș de fragi lângă el. S-a întins și a cules câteva fructe roșii, le-a băgat în gură și a savurat gustul dulce, apoi a exclamat: „Ah, ce delicioși sunt fragii!”.

Introducere

Mulți oameni care vin la terapie (și în afara terapiei) sunt stresați și nutresc sentimente de neajutorare, lipsă de speranță și o pierdere a direcției proprii și a controlului (perceput). Cu

alte cuvinte, se simt „stresați”. Pacienții au nevoie să găsească puterea și motivația pentru a se angaja în sarcina dificilă de rezolvare a propriilor probleme legate de stres. În acest punct, sunt extrem de valoroase întărirea eului și relaxarea, ce pot prin ele însele să fie suficiente pentru a ajuta pacientul să gestioneze unele probleme ale sale (Hartland, 1971 ; Clanan, 1977 ; Stanton, 1979 ; Johnson, Walker, Heys, Whiting, Eremin, 1996). Hartland și-a dat seama că cei mai mulți pacienți care vin la terapie nu doresc să renunțe la simptomele lor până când nu se simt suficient de puternici pentru a se descurca fără ele. Drept urmare, este util să dedicăm un timp considerabil întăririi eului pacienților, mai ales la începutul terapiei și la finalul și începutul fiecărei ședințe. Așa cum am menționat în capitolul 2, starea de bine este conectată direct la procesele biologice legate de sănătate (Steptoe, Wardle, Marmot, 2005).

În afară de procedurile de întărire a eului, este util să încurajăm pacienții să dezvăluie orice stres minor (și anume hărțuile zilnice) pe care îl poate trăi, întrucât acesta împiedică de multe ori experiențele pozitive (gândiți-vă la șoareci și la fragi !). Următoarele două proceduri (intervențiile 10 și 11), abordarea lui Stanton de întărire a eului în cinci pași (descrișă în acest capitol) și cea descrișă în intervenția 16 pot fi de asemenea eficace pentru a ajuta pacientul să se descurce cu distresul minor și cu eliberarea cognițiilor și emoțiilor pozitive suprimate. După depășirea cu succes a distresului minor, pacientul poate vedea acest „stres” din viața sa ca fiind irelevant sau chiar fals, în contextul gravității altor probleme. Uneori, este important să încurajăm pacientul să râdă de prostia sa, deși acest lucru trebuie făcut cu grijă și respect. Râsul furnizează un bun punct de plecare pentru procesul cathartic și destresează prin sine.

Intervenția 10. Gestionarea distresului minor (1)

Conștientizează locul în care se află tensiunea în corpul tău și, pe măsură ce expiri, lasă tensiunea să iasă odată cu respirația ta... Cu fiecare expirație, te bucuri de experiența de a fi din ce în ce mai relaxat. Ai început deja să observi acest lucru? Te rog să devii tot mai conștient de cât de relaxat devii... Așa este foarte bine! Mă întreb dacă poți începe să lași toate supărările din viața ta să se îndepărteze, ca și cum o briză răcoroasă le duce departe într-o zi caldă de vară, suflate de vânt, așa încât să nu te mai deranjeze vreodată... Așa este bine! Observă respirația ta, lentă și fără efort... și corpul tău în contact cu scaunul... și sunetul vocii mele... senzația de ușurință se răspândește în picioarele și în corpul tău... vindecând fiecare celulă... până la pleoape... Pe măsură ce ele se deschid încet.

Intervenția 11. Gestionarea distresului minor (2)

Atunci când ești pregătit să faci față tuturor acelor stresuri minore curente din viața ta, lasă-ți ochii să se închidă și permite minții tale inconștiente să găsească experiențe și amintiri pozitive... Ai putea fi surprins să descoperi că vei începe să observi sentimente și senzații pozitive... Dă-le voie să alunece încet în mâna ta dominantă, umplându-o cu energie vindecătoare și cu resurse... Pe măsură ce strângi pumnul, aceste sentimente devin din ce în ce mai puternice... Păstrează aceste sentimente și concentrează-te asupra celeilalte mâini... Pune tot acest stres din viața ta în acea mână... așa este bine. Și acum strânge și mai mult mâna pozitivă... Când faci asta, împingi toate sentimentele și resursele pozitive în sus pe braț, de-a lungul umerilor, și în jos pe celălalt braț, așa că împinge distresul spre vârful degetelor tale... Te poți întreba dacă acest lucru se întâmplă cu adevărat pe măsură ce observi acele senzații fascinante din vârful degetelor... așa este foarte bine, scutură un pic mâna, pentru a îndepărta orice stres rezidual!

Știi că, oricând dorești să accesezi aceste resurse și sentimente pozitive, tot ce trebuie să faci este să strângi pumnul dominant. Poate ai vrea să încerci asta înainte să deschizi ochii și să-mi spui cum te simți... așa este foarte bine!

O abordare similară a întăririi eului a fost descrisă pentru prima dată de Stein (1963) și se numește „tehnica pumnului strâns”, stresul fiind concentrat în pumnul strâns și apoi eliberat, pe măsură ce pumnul se deschide, probabil cu o asociere a evaporării pe măsură ce persoana expiră. Aceste abordări sunt în același timp tehnici de relaxare și întărire a eului.

Există trei principii generale în abordările pentru întărirea eului (Phillips, Frederick, 2005, p. 83):

- sugestia directă facilitată de heterohipnoză sau autohipnoză;
- întărirea eului proiectivă/evocativă;
- abordările ericksoniene.

Sugestia directă și autohipnoza

Hartland folosea întărirea eului cu pacienții care erau pe lista de așteptare pentru tratament hipnoanalitic. Sugestiile lui erau autoritare, directive, orientate spre viitor și suportive. Scopul lui Hartland a fost acela de creștere a stimei de sine și a încrederii pacientului, precum și de îmbunătățire a abilităților de *coping* și de minimalizare a anxietății și îngrijorării. El susținea că puțini pacienți renunță la simptome înainte de a se simți suficient de stăpâni pe sine și de puternici pentru a funcționa fără ele. Această abordare poate fi foarte potrivită pentru pacienții care au o mare nevoie de structurare și doresc instrucțiuni și îndrumări. Phillips și Frederick (1995) consideră

că: „Îndrumarea și sugestia directă pot crea locuri comune pentru asemenea pacienți care încep căutarea stimei personale și a autonomiei” (p. 84).

Sugestiile pozitive pentru valorizarea sinelui și eficacitate pot fi făcute atât individual, cât și în grup în cadrul hipnozei. Tehnicile descrise mai jos pot fi învățate cu ușurință de către pacient, care le poate apoi practica acasă, eventual cu utilizarea unei înregistrări audio realizate de terapeut. Unii pacienți preferă să folosească o înregistrare audio, dar trebuie încurajați să se dispenseze cât mai curând posibil de acea înregistrare pe măsură ce devin mai independenți în gestionarea propriului stres.

Intervenția 12. Sugestie directă pentru întărirea eului

Pacientul este întâi hipnotizat, apoi se aplică intervenția următoare sau una similară:

În timp ce stai așezat aici, închide ochii și dezvoltă orice grad al transei îți este necesar pentru a te simți mai bine... Asta este tot ceea ce trebuie să faci în timp ce eu îți vorbesc. Singurul lucru important este ceea ce îți spun, așa că te rog să ascuți cu atenție atât cu mintea conștientă, cât și cu cea inconștientă, care va prelua controlul pe măsură ce continui să ascuți activ vocea mea. Nu trebuie să faci sau să îți amintești nimic, pur și simplu lasă-te prins de cuvintele mele și permite celor pe care le spun să plutească fără efort în mintea ta inconștientă. Cu fiecare inspirație, continui să te simți tot mai sigur pe tine, mai încrezător, știind că te poți descurca cu problemele tale în mod eficient, astfel încât să îți trăiești viața satisfăcător. Un sentiment mai puternic al controlului asupra tuturor acelor zone din viața ta care sunt importante pentru tine... relațiile tale, sănătatea ta, sexualitatea ta, munca ta, familia ta... și aceste sentimente pozitive vor continua să devină tot mai puternice cu

fiecare zi care trece, chiar și atunci când dormi... Poți ancora aceste sentimente puternice de încredere în sine și valoare a sinelui frecând ușor degetul mare și cel arătător... Așa este foarte bine. Și acum voi număra de la unu la șase, iar pe măsură ce fac acest lucru, lasă senzația de trezire să plutească prin picioarele tale în sus, în corp și spre fața ta... Pe măsură ce senzația de ușurime ajunge la pleoapele tale, lasă ochii să se deschidă. Vei fi deplin treaz, activ și orientat în prezent, știind exact unde ești și care sunt intențiile tale imediate... Știi că este ceva ce poți face de unul singur și mai târziu când vei ajunge acasă. În viitor, oricând dorești să accesezi aceste sentimente de încredere și valoare a sinelui, tot ce ai de făcut este să-ți freci degetul mare de arătător.

Vizualizarea și imageria

Sugestiile directe în întărirea eului au fost modificate prin adăugarea vizualizării și imageriei (Stanton, 1979, 1989). Experiența abilitării are de asemenea rezultate excelente în întărirea eului (Gardner, 1976 ; Diamond, 1981). Pot fi utilizate și tehnicile destinate eliminării gândurilor și sentimentelor anxioase, precum și a celor care „accentuează ceea ce este pozitiv”, prin accesarea abilităților din trecut și a succeselor ; de exemplu, vizualizarea hipnotică a eliminării anxietăților și problemelor zilnice prin aruncarea lor într-un coș de gunoi imaginar (Phillips, Frederick, 1995, p. 84). O etapă excelentă de pregătire pentru schimbări viitoare poate conta într-o trecere în revistă a achizițiilor din trecut.

Întărirea proiectivă/evocativă a eului

Experiențele pozitive din trecut

Metodele de întărire a eului au rolul de a aduce la suprafață un material inconștient, relevant pentru problemele pacientului, astfel încât să activeze resursele interioare importante. Această abordare subliniază faptul că, deși trecutul pacientului poate conține probleme necunoscute, el conține și resurse necunoscute. Succesul exercițiului este facilitat de hipnoză, ajutând pacientul să se concentreze asupra succeselor și achizițiilor din trecut. Aceasta poate include experiențe cotidiene, cum sunt mersul pe bicicletă, cititul, mersul pe jos, trecerea unor examene etc. Un mod de realizare este de a cere pacientului să își imagineze un album de fotografii sau un jurnal cu poze care conține experiențe și evenimente pozitive din trecut.

Intervenția 13. Albumul de fotografii pentru întărirea eului și stabilirea scopurilor

Atunci când pacientul este „în transă”, pot fi făcute următoarele sugestii :

Imaginează-ți că ai în fața ta sau ții în poală un album de fotografii... un album de fotografii este un obiect în care punem toate experiențele și amintirile pozitive din viața noastră... concediile... sărbătorile... cum sunt zilele de naștere, nunțile, petrecerile, absolvirea școlii... care, atunci când ne uităm la poze, ne face să ne amintim de aceste timpuri fericite și plăcute... De asemenea, ne fac să ne simțim bine. Așa că te

invit să deschizi albumul la ziua de azi... Încă nu există nici o fotografie acolo, dar poți lipi una cu ceva bun din experiența ta de azi... Ceva care face ca viața să merite trăită chiar acum (spuneți data exactă)... Aceasta nu trebuie să fie o întâmplare specială din viața ta... De fapt, poate fi ceva chiar banal, dar, cu toate acestea, ceva care te face să te simți confortabil... Poate o relație, ceva legat de muncă... și așa mai departe... Ține cu tine aceste sentimente pozitive... Știi când a fost prima oară când te-ai simțit așa?... Găsește acel moment în albumul tău de fotografii și observă ce imagini sunt acolo... Unde este făcută asta? Ce se întâmplă? Cine este acolo?... Cum te face să te simți? Păstrează acest sentiment, lasă-l să devină tot mai puternic... Întoarce pagina și găsește următorul eveniment din viața ta care a fost o experiență pozitivă... Întoarce pagina în viitor și pune acolo o fotografie ce reprezintă o experiență pozitivă din viața ta într-un anumit punct din viitor în care ai realizat un scop sau un vis pe care îl ai... Știi că ai resursele necesare pentru ca acest lucru să se întâmple... Există lucruri pe care este nevoie să le faci mai devreme sau mai târziu pentru a face ca asta să se întâmple, deși s-ar putea să nu-ți dai seama de acest lucru decât mai târziu, în seara aceasta... Mai devreme sau mai târziu...

Prin imaginarea albumului de fotografii, pacientul este încurajat să găsească experiențe pozitive din trecut pe care să le proiecteze în viitor. În acest fel, pacienții pot experimenta felul în care s-au descurcat cu problemele curente, trăind de asemenea și împlinirea scopurilor terapeutice la o dată prezumtivă din viitor. Ajutarea pacientului pentru a stabili scopuri prin această metodă este un aspect important al întăririi eului, precum și în luarea deciziilor și managementul stresului. Această metodă de lucru poate fi intercalată în secvențe simple sau complexe de imagerie în care se folosesc diferite scenarii.

Regresia de vârstă pozitivă

Regresia de vârstă pozitivă poate fi facilitată în multe moduri; de exemplu, numărând înapoi până la acea vârstă, prin „crearea unei punți” (vezi discuția din capitolul 5) sau cerând pacientului să treacă în revistă experiențe pozitive din trecut, fie cronologic, fie la întâmplare și așa mai departe. Phillips și Frederick (1995, p. 58) întreabă pacienții ce calități personale ar dori să aibă la îndemână înainte de a face o călătorie în trecutul necunoscut sau traumatic. Experiențele pozitive (de exemplu, încrederea sau curajul) pot fi apoi invocate prin faptul că pacientul își freacă vârfurile degetelor unul de altul. În plus, pe lângă împreunarea degetului mare și arătător, există multe alte metode de „ancorare” a experiențelor; de exemplu, printr-un cuvânt sau o frază („Relaxează-te”; „Mă simt relaxat și sigur pe mine”) ori prin atingerea unui obiect „magic” (de exemplu, o pietricică, un inel sau o monedă).

Următoarea intervenție de recaptare a sentimentelor pozitive este frecvent folosită în psihoterapie.

Intervenția 14. Locul preferat în aer liber (sau locul securizant preferat)

Lasă-te să plutești lent și fără efort spre locul tău preferat în aer liber (*dacă terapeutul știe unde este acest loc, atunci poate fi mai specific, dacă nu, rămâne vag*)... Un loc în care te simți relaxat, fericit și în siguranță... Observă ce vezi în jurul tău... Nu știi ce vei considera cel mai interesant în locul tău preferat... Poate formele și culorile, alți oameni... ascultarea sunetelor... conștientizarea temperaturii mâinilor și feței tale... și sentimentul de bucurie și fericire... Lasă ca aceste sentimente pozitive să plutească în jurul corpului tău, îndepărtând tensiunea reziduală

din fiecare celulă... și mă întreb dacă ai observat deja că mintea și corpul tău sunt mai relaxate, se simt confortabil și în pace... știind că faci acest lucru pentru tine aproape fără efort, nu este nevoie să faci nimic altceva decât să te bucuri de această experiență plăcută. Atunci când te simți cu adevărat bine, poți împreună degetul mare și arătătorul astfel încât în viitor și atunci când te trezești să poți face acest lucru ca modalitate privată de accesare a acelor sentimente pozitive. (*Se poate sugera de asemenea ca pacientul să spună un cuvânt, cum ar fi relaxează-te sau pace.*) Poți rămâne în acest loc special al tău cât timp ai nevoie pentru a te simți complet calm și relaxat. Poți vizita locul tău preferat oricând e bine pentru tine, stând într-un loc liniștit, închizând ochii și lăsându-te să plutești fără efort într-acolo. Atunci când ești pregătit să părăsești locul tău special, deschide ochii și reîntoarce-te în această încăpere. Poți continua să te simți la fel de bine cum te simți acum, complet relaxat și liniștit, gata să faci orice este nevoie să fie făcut.

Lucrând cu o pacientă bulimică, Hawkins (1990) a descoperit că regresia la evenimentele trecute este foarte eficace atunci când pacientul trăiește sentimentele de control, speranță și expectație.

Intervenția 15. Trecerea în revistă a experiențelor pozitive

Imaginează-ți că ai în fața ta un ecran de televizor cu mai multe butoane pentru diferite canale, pentru volum și calitatea imaginii. Pe canalul 1 poți urmări toate acele evenimente pozitive din viața ta, mergând înapoi în timp, până când erai foarte tânăr (*alte canale sau casete video pot fi stabilite dacă acest lucru este adecvat pentru pacient; de exemplu, experiențe legate de mâncare, de fobii, experiențe sexuale, viitorul etc.*). În vreme ce te urmărești pe ecran, bucură-te de experiențele pozitive, dă-ți

voie să te simți bine și relaxat... Pot exista experiențe la care ai putea dori să te întorci mai târziu, poate într-un vis în seara aceasta sau atunci când faci acest lucru acasă în timpul săptămânii. În câteva momente, atunci când te reîntorci în această încăpere, poți permite canalului să continue să ruleze în mintea ta, astfel încât să continui să simți toate acele sentimente bune din acele timpuri și locuri din viața ta... Lasă-le să intre în întreaga ta ființă și în tot ceea ce faci.

Această abordare pregătește pacientul pentru posibilitatea de a trece în revistă experiențe din trecut pentru a simți emoțiile și senzațiile asociate cu aceste evenimente pozitive. Deoarece multe persoane cred că regresia duce automat la amintirea unor evenimente neplăcute și a unor sentimente negative, pregătirea pacientului pentru gândul că regresia poate fi pozitivă este o modalitate eficace de a-l învăța că procesul furnizează experiențe de învățare valoroase din trecut care pot fi utilizate pentru rezolvarea problemelor sale. Mai târziu, în contextul abordărilor psihodinamice și al prelucrării traumei, terapeutul poate introduce ideea de regresie la amintiri (posibil) traumatice fără prea mari dificultăți, deoarece a fost deja realizată o mare parte din munca de pregătire.

Regresia de vârstă hipnotică este o sursă bogată de experiențe din copilărie care sunt reamintite, retrăite, pozitive și care duc la întărirea eului. Însă experiențele bune și plăcute sunt adesea „amestecate” și asociate cu experiențe traumatiche negative. Există întotdeauna posibilitatea ca, atunci când un pacient își amintește experiențe bune, să fie scoase „din abis” în mod dialectic și experiențe negative. De fapt, aceasta poate fi o bună metodă „paradoxală” prin care pacientul este ajutat să aducă mai aproape de suprafață materialul traumatic (de conștiință) pentru prelucrarea „psihodinamică” în terapie. În consecință, clinicianul nu trebuie să fie surprins dacă în timpul

întăririi eului apar ocazional experiențe negative și catharsisul asociat. Dacă regresia negativă spontană și abreacția apar în cursul primei întăririi a eului, este mai bine să nu fie dezvoltate în acest stadiu. Phillips și Frederick (1995) sugerează că pacientul „cere minții sale inconștiente să creeze un loc sigur sau un recipient care să poată stoca toate experiențele din ședința de terapie până în momentul în care pacientul împreună cu terapeutul decide să îl deschidă” (p. 59). Unul dintre pacienții mei mi-a dat cheia de la cutia încuiată, astfel încât să o poată deschide doar în timpul ședinței de terapie !

În afară de „experiențele pozitive învățate”, care pot fi invocate din trecut pentru a ajuta pacientul să devină mai puternic, permițându-i astfel să facă munca terapeutică necesară pentru schimbarea psihodinamică, mai este posibil ca pacientul să invoce „resursele și forța sa interioară” (McNeal, Frederick, 1993).

Intervenția 16. Găsirea resurselor și forței interioare

Atunci când ești pregătit, lasă-ți ochii să se închidă, intră în mintea ta și găsește-ți resursele interioare... forța ta interioară... acea parte a minții tale care este centrul ființei tale... acele puteri și resurse de care dispui la nivel inconștient pentru a te ajuta să te descurci cu acele momente din viața ta în care te afli sub presiunea stresului... Cu fiecare inspirație, lasă aceste forțe pozitive să plutească în jurul corpului tău... Nu este nevoie să faci nimic pentru ca acest lucru să se întâmple... Aceste forțe îndepărtează tot stresul și toată tensiunea... Deja te simți mai bine în legătură cu tine însuși și știi că poți gestiona eficient acele probleme din viața ta care te fac să nu te simți confortabil... Când te simți cu adevărat puternic, apropie degetul mare de arătător... Pe măsură ce le freci unul de altul, poți

observa cum aceste sentimente pozitive devin tot mai puternice... Dacă în viitor ai nevoie să intri în contact cu această forță interioară, atunci tot ce trebuie să faci este să împreunezi degetul mare și arătătorul... Acum, cu fiecare inspirație, lasă-ți corpul să devină tot mai ușor, răspândind această senzație în sus prin labelle picioarelor spre picioare, în abdomen... în piept... spre față... spre ochi... În vreme ce ei se deschid lent... simți contactul cu scaunul, picioarele care stau pe sol, ascultă vocea mea... Știi că forța ta interioară va continua să curgă prin corpul tău chiar și atunci când mai târziu vei dormi în cursul zilei.

O altă abordare pentru găsirea forței și resurselor interioare care poate fi valorizată la începutul tratamentului este „consilierul interior” sau tehnica „animalului prietenos” (Jaffe, Bresler, 1980, pp. 45-59). Consilierul interior este un proces care permite pacientului să ajungă la bogatele sale resurse interioare pentru vindecare și forță. Prima școală importantă de psihologie care s-a folosit de consilierul interior ca parte a procesului terapeutic a fost psihanaliza jungiană ; mai târziu, au fost dezvoltate de Assagioli (1965/1975) abordări similare în cadrul unei metode numite „psihosinteză”, apoi de Progoff (1977, 1982), în „jurnalul intensiv”. Pentru multe persoane, consilierul interior ia forma unei figuri autoritare respectate (un profesor sau un părinte) sau o altă figură simbolică respectată, cum este bătrânul înțelept cu care pacientul poate avea o conversație interioară, adresând întrebări și auzind răspunsurile. Jaffe și Bresler au dezvoltat abordări similare, dar au utilizat pe post de consilieri interiori creaturi fantastice și comice (de exemplu, „Broasca Freddy”) sau animale.

Intervenția 17. Animalul prietenos (tehnica consilierului interior)

Pacientul este invitat inițial să meargă în locul său preferat (vezi intervenția 14).

Observă... în depărtare, se vede o potecă ce te invită să mergi într-acolo. La capătul acestei poteci vei vedea o lumină foarte prietenoasă, verde-albăstruie, care se mișcă încet în direcția ta... Pe măsură ce se apropie, ea se transformă într-un animal prietenos, consilierul sau terapeutul tău interior, care te poate ajuta cu orice problemă pe care o ai. Te rog, prezintă-te prietenului tău și spune-i ce problemă ai... Prietenul tău ascultă cu atenție și apoi îți răspunde... ascultă cu atenție, simți că este posibil să nu înțelegi complet ceea ce îți comunică în acest moment și că întreaga semnificație a conversației poate fi apreciată mai târziu, poate în forma unui vis, mai târziu, în cursul zilei de astăzi sau săptămâna viitoare... Mai devreme sau mai târziu. Și acum spune-i la revedere prietenului tău, știind că te poți întâlni oricând cu el prin vizitarea locului tău preferat și chemându-l pe nume... Îi poți împărtăși orice griji ai avea, știind că te va asculta și te va înțelege.

Această abordare a fost utilizată cu succes de Hawkins (1990) în tratamentul unei paciente bulimice (vezi capitolul 8) și poate fi foarte utilă pentru gestionarea durerii și luarea deciziilor.

Orientări în viitor

Multe dintre abordările pentru întărirea eului descrise mai sus conțin o orientare directă către viitor. Însă tehnica evocativă/proiectivă de întărire a eului prin progresie de vârstă își are

originea în interesul arătat de Erickson pentru experimentele cu utilizarea percepției timpului în cursul transei, cu scopul de a-și ajuta pacienții să descopere și să își atingă scopurile realiste (Erickson, 1954 ; Erickson, Rossi, 1989 ; Hammond, 1990a, pp. 543-545). Erickson le cerea pacienților aflați în transă profundă să vizualizeze pașii implicați în obținerea scopurilor lor cu ajutorul unei serii de bile de cristal imagine. El a ascuns natura acestor obiective față de pacienții săi prin inducerea unei amnezii profunde, protejând astfel scopurile inconștiente decelate în transă pentru a nu contamina mintea conștientă (Erickson, 1996). De asemenea, a insistat ca pacienții să fie disociați de mediul înconjurător în timpul transei. Însă nu se consideră esențial ca pacientul să fie disociat sau amnezic, pentru a decela soluțiile orientate spre viitor (Phillips, Frederick, 1995). Se pare că progresele de vârstă pozitive sunt extrem de valoroase, prin faptul că pot ajuta pacienții să contracareze o parte dintre sentimentele de neajutorare din trecut și din prezent. Frederick și Phillips (1992) exprimă acest lucru în modul următor :

Am devenit conștienți inițial de capacitățile de autoalinare ale progresele de vârstă hipnotice în timp ce lucram cu tulburări psihosomatice ; am descoperit că progresia hipnotică de vârstă poate calma panica la pacienții cu stres acut, permițându-le astfel să utilizeze capacitatea de rezolvare a problemelor și alte facultăți ale eului în avantajul lor (p. 93).

Cu toate acestea, clinicianul trebuie să se asigure de faptul că pacientul este capabil să își construiască scopuri viitoare pozitive, altfel orice sentimente de neajutorare și disperare putând fi exacerbate.

În final, interesul pentru scopurile viitoare a contribuit la dezvoltarea terapiei centrate pe soluții (DeShazer, 1985, 1988).

Intervenția 18. Urcarea pe munte

Imaginează-ți că este o zi frumoasă de primăvară... Soarele cald strălucește deasupra ta... făcându-te să te simți confortabil și relaxat, dar plin de entuziasm față de călătoria pe care urmează să o faci. În vreme ce privești în sus la vârful muntelui, știi că scopul tău este să ajungi acolo pentru a descoperi un secret personal. Imaginează-ți acum poteca, ce urcă treptat pe coasta lină. La început, este ușor de mers și treci peste izvoare line. Pe măsură ce urci tot mai sus... din ce în ce mai sus, poteca devine mai îngustă, iar terenul mai abrupt. Odihnește-te un moment și simte briza răcoroasă pe piele și prin păr. Ești deja destul de sus pe munte, iar în jos se întinde o priveliște frumoasă... Poți vedea la câțiva kilometri depărtare în jurul tău. Ici-colo vezi câte un iepure sau câteva capre negre sau oi. Ele trăiesc în pace aici sus, împreună cu păsările și fluturii. Pe măsură ce urci mai sus, muntele devine un pic mai abrupt și, pe alocuri, poteca devine mai îngustă. Tufișurile sălbatice mărginesc pe alocuri poteca și florile de munte răsar pentru a te întâmpina. Poți vedea un alt munte, ce pare atât de aproape, încât simți că ai putea să pășești peste el; dar în realitate știi că este mult prea departe. După ce urci mai sus pe munte, în final, ajungi la un platou unde te oprești pentru a te odihni. Uitându-te în josul muntelui, poți vedea cât de departe ai ajuns. Ai mers drum lung în sus pe poteca de munte, care uneori a fost ușoară și alteori dificilă, dar ai continuat. Și poți continua acum, până când ajungi în vârf. Apropie-te de scopul tău. (*Terapeutul poate sugera acum că pacientul aflat în vârf se poate întâlni cu o persoană semnificativă din viața sa, care îi poate da răspunsul la o problemă existențială importantă.*)

Abordarea celor două oglinzi

Într-o abordare descrisă de Bandler și Grinder (1979), pacientul este „hipnotizat”, i se cere să își imagineze situația

problematică (de exemplu, situația fobică) și apoi să comute pe o imagine care înfățișează un final favorabil al problemei. Apoi, pacientul deschide ochii. Procesul este repetat: „ochii închiși” – imaginarea situației problematice –, „ochii deschiși” – imaginarea rezolvării favorabile a problemei. Înainte de deschiderea ochilor, sentimentele pozitive asociate cu rezultatul încununat de succes sunt ancorate; de exemplu, cerând pacientului să unească degetul mare și arătătorul; astfel, conectăm două răspunsuri. Dacă acest lucru se realizează de mai multe ori, împreunarea degetului mare cu arătătorul va produce involuntar sentimente pozitive.

Uneori, se folosește o abordare similară, în care pacientul se imaginează în două oglinzi, una aflată în spatele său (trecutul) și una înaintea sa (viitorul). Pacienții se uită în oglinda din spate și experimentează problema, apoi se întorc și se uită în oglinda din fața lor și văd că problema a dispărut. Terapeutul oferă sugestii adecvate pentru a ajuta pacientul să își construiască o imagine de sine puternică în legătură cu fiecare problemă. Un exemplu este cel din studiul de caz 6 din capitolul 8.

Abordările care conectează experiențele din trecut cu evenimente prezente și viitoare sunt numite frecvent abordări de tip „linia timpului”.

Intervenția 19. Întărirea eului direcționată spre scop

Imaginează-ți o linie care se întinde în timp din momentul în care te-ai născut sau chiar înainte de asta, spre un moment din viitor în care ți-ai încheiat viața pe acest pământ, așa cum un râu al vieții începe ca un izvor sus în munți și se termină ca un fluviu mare, matur, care se contopește cu marea, devenind una cu ea... Plasează-te undeva de-a lungul acestei linii... un loc în care te afli în acest moment. Acum privește o oglindă (imagine din fața ta... Imaginează-te așa cum ai dori să fii,

simțindu-te bine și fericit. Vezi această reflexie... mai clară, mai strălucitoare, mai colorată și îndreaptă-te spre ea... Devii acea persoană. Știi că acest lucru se întâmplă, chiar dacă acum nu conștientizezi asta pe deplin.

Abordările ericksoniene

Metaforele și poveștile pot fi prezentate ca modalități de a ajuta pacientul să dezvolte o mai mare stimă de sine și o mai mare încredere prin comunicarea acestui lucru minții sale inconștiente (Erickson, Rossi, 1979; Zeig, 1980; Lankton, 1980; Yapko, 1990b; Kopp, 1995). Lankton și Lankton (1986) definesc metafora terapeutică drept o „poveste cu însușiri dramatice care captează atenția și furnizează un cadru modificat prin care clientul poate obține o experiență nouă” (p. 154).

Metaforele conțin de obicei idei și mesaje întrepătrunse, ce „deschid” posibilități variate de vindecare. Mulți hipnoterapeuți au subliniat utilizarea metaforei pentru „însămânțarea” abilității de realizare a scopurilor legate de abilitate și decizie, flexibilitate, gestionarea stresului și realizarea vindecării psihosomatice (Lankton, Lankton, 1983; Yapko, 1990b; Hammond, 1990a). Poveștile ce reflectă speranța legată de vindecare și care duc la o rezolvare favorabilă în cazul unor lupte similare cu ale pacientului pot stimula un punct de vedere mai optimist.

Unul dintre marile avantaje ale metaforei și poveștilor este că ele pot fi spuse pacientului într-o manieră securizantă, care facilitează relaționarea, aprofundează comunicarea internă și permite individului să răspundă în mod confortabil, particular și în ritm propriu. Această metodă depășește rezistența conștientă pe care o are pacientul față de aceste validări pozitive. Hammond (1990a) arată că metafora poate fi folosită

pentru a implementa o idee ce ar putea fi amenințătoare sau confruntativă, urmată de un „pod” asociațional care este mai direct legat de problema pacientului și oferă posibilitatea rezolvării, fiind apoi întărită de o comunicare mai directă. Elementele din poveste pot fi accentuate indirect pentru pacient prin sugestii intercalate, structurate cu ajutorul schimbărilor din vocea terapeutului, timbrul verbal, ritmul respirator, privirea sau modificările posturii.

Construcția metaforelor

Poveștile sunt frecvent construite în jurul următoarelor teme: viața unui stejar (vezi intervenția 20) sau a unei roșii, schimbarea anotimpurilor în cursul anului, metamorfoza unei omizi în fluture sau cursul unui râu de la izvor până la vărsarea în mare (intervenția 21). Există bineînțeles nenumărate scenarii care pot fi folosite în lucrul cu pacienții și acestea trebuie selectate (sau realizate) în funcție de evaluarea situației terapeutice. Materialul pentru metafore poate fi ales din orice sursă, dar trebuie să aibă legătură cu viața și interesele pacientului. Pacientul este cel care deține informațiile legate de metafora ce trebuie folosită. Important este modul creativ în care terapeutul folosește imaginile și cuvintele adaptate intereselor, experiențelor și aspirațiilor pacientului, precum și simptomatologiei subiective. Adesea este posibil să preluăm povești bine-cunoscute din literatură; de exemplu, *Răpușca cea urâtă*, *Omida flămândă* (Carle, 1974), *Pescărușul Johnathan Livingstone* (Bach, 1970), *Vrăjitorul din Oz* (Baum, 1990), care sunt legate de transformările pozitive și, astfel, transmit sentimente de speranță și optimism.

Intervenția 20. Viața unui stejar

În timp ce pacientul este în transă, i se spune următoarea poveste. Ea poate fi adaptată pentru a reflecta conținutul clinic (de exemplu, vârsta pacientului, simptomatologia de prezentare etc.).

Stai confortabil? Atunci voi începe. A fost odată ca niciodată un mic stejar... cu un trunchi foarte subțire, care se mișca înainte și înapoi în bătaia vântului... Acest copac mic i-a observat pe toți stejarii mari și înțelepți din pădure și și-a dorit să fie ca ei... Poate chiar cel mai mare, cel mai înalt și cel mai înțelept copac din întreaga pădure... Dar atunci frunzele sale frumoase și verzi au început să își schimbe culoarea... în portocaliu și brun... Apoi, treptat, una câte una, au fost smulse de vânt... Micul copac s-a simțit foarte trist și singur... A continuat să se simtă deprimat și singur pe timpul întregii ierni... Au venit însă ploile de primăvară și primele raze ale soarelui, energia s-a ridicat din rădăcinile sale spre ramuri, astfel că florile au înflorit în culori frumoase, și încă o dată bobocii mici s-au deschis, devenind frunze frumoase, de un verde superb... Micul copac a fost foarte fericit toată primăvara și toată vara... Și apoi, încă o dată frunzele și-au schimbat culoarea și au fost suflate de vântul toamnei. Dar în curând micul copac a început să-și dea seama că în timpul iernii, în timp ce simțea frigul și tristețea fără frunzele sale, ceva se întâmpla sub pământ... Rădăcinile sale erau încă în viață... schimbându-se și crescând, astfel că, atunci când primăvara a venit din nou, rădăcinile sale au putut să trimită energiile vindecătoare în sus, de la sine, în mod firesc... Așa cum anotimpurile se schimbă din toamnă în iarnă, în primăvară, în vară... destul de imperceptibil și la nesfârșit, micul copac a crescut, ajungând cel mai mare, cel mai frumos, cel mai plin de încredere și mai înțelept copac din întreaga pădure... rădăcinile sale înfigându-se adânc în pământ, astfel încât copacul putea sta mândru chiar și atunci când vântul sufla foarte puternic. Ramurile sale ajungeau sus la cer și ofereau adăpost multor păsări și animale mici.

Intervenția 21. Viața unui râu

În vreme ce privești apele liniștite și calme ale râului, așa cum este el în acest moment al vieții (*descrierea trebuie să fie legată de viața prezentă a pacientului, ca și restul intervenției*), știi că la început apa din ploile și zăpada care au căzut pe munți și dealuri a pătruns în pământ și în final a ieșit la suprafață sub forma unui izvor cristalin... plin de energie, exuberant, revărsându-se... sclipind în soare și contemplând călătoria pe care urmează să o facă spre oceanul îndepărtat. Pe măsură ce curge înainte, i s-au alăturat alte râuri mici, care se duceau în propria călătorie spre ocean... Curentul de apă a devenit tot mai larg, pe măsură ce se grăbea înainte... prin munți și păduri... clipocind jucăuș și agitat înainte, plin de speranță și expectanțe. Odată cu trecerea timpului, curentul de apă a încetinit și s-a bucurat de pajiștile verzi, de copaci și de flori... Pe măsură ce se apropia de ocean, a început să încetinească și mai mult, șerpuind liniștit prin ținut... Când obstacolele îi împiedicau curgerea, a adoptat calea minimei rezistențe... curgând pe calea sa până când a ajuns la ocean și s-a făcut una cu dânsul... Știa că și-a urmat destinul și a ajuns la scopul final, în vreme ce se contopea cu oceanul.

Metafore similare ce sugerează creșterea și reînnoirea sunt cea a tufei de trandafiri (vezi intervenția 40 din capitolul 6) și a ciclului grâului (Assagioli, 1965/1975, p. 216). Pe parcurs, vor fi prezentate și alte exemple de metafore terapeutice ca parte a studiilor de caz.

Abordarea în cinci pași a lui Stanton

Stanton (1989, 1991) a prezentat o abordare în cinci pași pentru întărirea eului, cuprinzând inducția hipnotică,

aprofundarea transei, sugestii pozitive și imageria. Acești cinci pași sunt :

- relaxarea fizică, indusă pacientului prin solicitarea de a se concentra asupra respirației, pentru a dezvolta o atitudine disociată, detașată ;
- calmul mental stimulat prin imaginarea minții ca un iaz, a cărui suprafață de sticlă induce liniștea. Pacientul este încurajat să arunce în iaz pietre cu forme frumoase, reprezentând calmul, relaxarea și încrederea, pietre care se scufundă „din ce în ce mai mult” ;
- aruncarea „gunoiului”, pacientul imaginându-și că „își aruncă” temerile, grijile, îndoilele și vina în jos pe un jgheab ;
- pacientul distruge bariera ce reprezintă tot ceea ce este negativ în viața sa prin utilizarea imaginației ;
- bucuria descoperirii unui loc special în care pacientul se simte mulțumit, umplându-și mintea cu gânduri legate de succes și fericire. Pacientul se mai gândește la ziua care a trecut, la lucrurile care au mers bine și la cele care nu au mers la fel. Fiecare zi este transformată în succes prin crearea unor imagini pozitive.

Folosind metoda de mai sus într-un studiu restrâns, Stanton (1991) a raportat că subiecții au prezentat o reducere semnificativă a nivelurilor de stres ca urmare a tratamentului.

Alte aspecte clinice

La începutul terapiei, pacientului trebuie să i se acorde suficient timp pentru întărirea eului, deoarece aceasta permite persoanei să dezvolte o atitudine pozitivă legată de sine în

viitor. Folosesc această abordare generală la începutul și la sfârșitul fiecărei ședințe de terapie. Acest proces pozitiv ajută pacientul să înlocuiască sentimentele de disperare și neajutorare ce însoțesc multe probleme legate de stres. De asemenea, ajută pacientul să gestioneze experiențele generatoare de stres prin crearea unor ancoră puternice, care facilitează procesele de catharsis, prelucrare și reevaluare. Acest aspect va fi discutat în detaliu în capitoul următor.

Odată cu abordările descrise mai sus, clinicianul trebuie de asemenea să ajute pacientul să-și creeze un sentiment al valorii sinelui prin validarea sa ca ființă umană. Această acceptare stimulează creșterea stimei de sine și a încrederii și, atunci când are loc, pacientul devine mai relaxat și se descurcă mai bine în rezolvarea problemelor. Putem întâlni, de exemplu, o situație în care pacientul pretinde că nu are resursele interioare sau nu dorește să se angajeze în nici o explorare interioară, fiindu-i frică de ceea ce ar putea găsi acolo. În această situație, terapeutul trebuie să procedeze astfel :

Sunt foarte bucuros că ești cinstit cu mine în privința temerilor tale. Onestitatea referitoare la convingerile tale și la ceea ce ai nevoie ne va ajuta să nu pătrundem prea adânc sau prea repede în zona experiențelor tale interioare până când nu te simți mai în siguranță sau nu ești pregătit să faci acest lucru (Phillips, Frederick, 1995, p. 96).

Casete audio pentru întărirea eului

Există o serie de controverse legate de posibilitatea de a le oferi pacienților casete audio. Din punctul meu de vedere, nu este nimic rău în a face o înregistrare audio pentru pacient, eventual chiar o înregistrare a ședinței sale de hipnoză, referitoare la aspecte pozitive cum sunt relaxarea, întărirea eului și

stabilirea scopurilor. Aceasta poate fi o modalitate foarte bună de a ajuta pacientul să facă față stresului. Ascultând caseta zilnic, pacientul reîntărește și consolidează eul, continuând procesul din ședința de terapie. Wolberg (1980) enumeră următoarele avantaje ale utilizării „casetelor suportive” :

- Caseta este dovada materială a faptului că se face ceva concret și tangibil pentru pacient.
- Relația cu terapeutul este intensificată.
- Se menține pârghia terapeutică și între ședințele de terapie.
- Tensiunile și anxietățile sunt ameliorate prin relaxare și sugestiile securizante.
- Este încurajată o imagine de sine mai pozitivă prin sugestii benefice persuasive, care le neutralizează pe cele negative care îl preocupă pe pacient în mod obișnuit.
- Finalizarea terapiei este realizată mai ușor, pentru că anxietatea de separare se reduce.
- După terapie, pacientul dispune de o resursă pe care o poate folosi oricând are nevoie.
- Sugestiile suportive și reeducative ajută în abordările hipnoanalitice.

Wolberg susține că, în decursul unei perioade de 15 ani, nu a întâlnit nici un pacient care să devină dependent de înregistrările audio sau la care dependența să crească. Însă trebuie să recunosc că un fost pacient de-al meu mi-a telefonat recent pentru a-mi cere o altă casetă, pentru că cea veche s-a uzat. Documentându-mă în legătură cu cazul, am aflat că îi dădusem caseta cu aproximativ 15 ani în urmă ! Helen Watkins oferă casete pentru întărirea eului cu scopul de a-și ajuta pacienții să își sporească stima de sine (1990a).

O reflecție speologică

Cum odată am fost speolog și geolog, știu cât este de important să te pregătești temeinic înainte de a coborî într-o peșteră. În primul rând, este esențial să aduni cât mai multe informații despre ea – intrările și ieșirile, tunelurile și cursurile de apă –, dar întotdeauna trebuie să ții cont de faptul că multe peșteri nu sunt bine cartografiate. În acest context, este indicat să intri în peșteră cu cineva care are mai multă experiență. În al doilea rând, speologii au nevoie de o pregătire de bază, nu numai în ceea ce privește peșterile, ci și domeniul tehnicilor de supraviețuire. În al treilea rând, speologul are nevoie de îmbrăcăminte și echipament adecvate, cum ar fi lanterna, care să-i lumineze calea. Nu în ultimul rând, este util să fii conectat cu suprafața prin intermediul unei frânghii sau cel puțin al unei modalități de comunicare, pentru cazul în care se întâmplă ceva neașteptat.

Capitolul 5

Abordările hipnoanalitice

Mergând prin munți, doi călugări au ajuns la un râu umflat de ploile torențiale. Podul fusese luat de ape, iar singura cale de trecere pe cealaltă parte era prin vadul apei adânci și repezi. O tânără trebuia să treacă pe cealaltă parte a râului pentru a-și vizita mama bolnavă, dar îi era teamă să treacă singură. Un călugăr s-a oferit s-o treacă apa ducând-o în spate, iar fata a fost imediat de acord. Deși trecerea apei a fost primejdioasă, au ajuns cu bine pe malul celălalt. Când au ajuns pe cealaltă parte, tânăra a plecat în drumul ei și cei doi călugări și-au continuat călătoria în tăcere. Mai târziu, în cursul zilei, călugărul care îl urmărise pe tovarășul său de drum în timp ce acesta o trecea pe tânără pe partea cealaltă a râului a spus că nu era permis ca un călugăr să aibă de-a face cu femeile și că tovarășul său a avut un comportament nepotrivit și dorea să știe de ce făcuse asta. Călugărul a răspuns că el a lăsat-o pe tânără pe malul râului în cursul dimineții și se întreabă de ce tovarășul său încă se mai gândea la ea !

Psihoterapia psihodinamică

Abordările hipnoanalitice au la bază psihoterapia psihodinamică. Aceasta se referă la sistemele de înțelegere, explicare și practică bazate pe principiile generale ale teoriei psihanalitice,

iar terapia este adesea de scurtă durată și limitată în timp (Wolberg, 1980 ; Strupp, Binder, 1984 ; Budman, Gurman, 1988). Scopul acestui tip de terapie este să descopere și să clarifice originile simptomatologiei, punând în legătură prezentul cu trecutul și comportamentul cu motivația. Psihopatologia este înțeleasă ca produs al reprimării și disocierii, iar terapia are sarcina de a descoperi dinamica reprimată și de a-i permite pacientului să dobândească *insight*-ul asupra evenimentelor formatoare (cauzale), așa cum au fost ele trăite la nivel psihologic, afectiv și cognitiv. Pentru o discuție cuprinzătoare de dată recentă asupra disocierii și implicațiilor sale în practica clinică, vezi Holmes *et al.* (2005), disponibil online la www.sciencedirect.com.

Perspectivile psihoanalitice se referă mai ales la principiile tehnicilor freudiene și terapia este în general de lungă durată. Trebuie notat aici că dovezile prezentate de Freud pentru teoriile sale se bazează mai degrabă pe presupuneri teoretice decât pe studii de caz clinice. Însă, fiind mai aproape de vremurile noastre, domeniul neuropsihanalizei a câștigat teren (Solms, 2004). Solms prezintă un argument controversat, care spune că dezvoltarea recentă a neurologiei permite înțelegerea științifică a principiilor de bază din practica psihodinamică. Într-adevăr, neuroștiințele contemporane ne pot oferi multe indicii în direcția înțelegerii stresului și a funcționării creierului, precum și a implicațiilor acestora în tratamentele care integrează psihoterapia, psihiatria și medicina (Damasio, 1994 ; Solms, 2004 ; Panksepp, 2004).

Mulți terapeuți se angajează în terapii dinamice scurte, influențate considerabil de dezvoltarea abordărilor umaniste, fenomenologice, tranzacționale și comportamentale (de exemplu, Alexander, French, 1946 ; Malan, 1963 ; Balint, 1968 ;

Davanloo, 1978, 1980; Sifneos, 1979). Cu toate acestea, multe dintre aceste terapii sunt foarte apropiate, în termeni de presupuneri centrale, de teoria propusă de Breuer și Freud (1895/1955), așa cum am amintit în capitolul 2. Printre cele mai importante concepte dinamice se numără :

- influența trecutului persoanei asupra funcționării sale actuale;
- importanța minții inconștiente în determinarea felului în care persoana funcționează din punct de vedere psihosomatic;
- reprimarea „experiențelor” traumatice;
- somatizarea (conversia isterică) a emoțiilor negative reprimare;
- dinamica inconștientă;
- rezistența;
- dezvoltarea unor mecanisme de apărare ale eului și a altor strategii de *coping* care au de-a face cu „dinamica” reprimată.

Practica psihoterapiei psihodinamice scurte s-a dezvoltat rapid în ultimele decenii. Numeroasele abordări dezvoltate încă pot fi numite dinamice, deși tehnicile utilizate provin din mai multe sisteme teoretice. Terapeuții orientați spre psihoterapia dinamică scurtă sunt adesea pragmatici, eclectici și integrativi atât în ceea ce privește metoda, cât și tehnica. În general, terapeuții psihodinamici acordă atenție tuturor domeniilor funcționării umane – cognitiv, comportamental și afectiv –, precum și dimensiunilor interpretării interacțiunilor umane (Levenson, Butler, 1994; Hawkins, 1997a).

Abordarea psihodinamică încurajează pacientul să „găsească” originea conflictului sau a problemei. *Insight*-ul asupra unui eveniment sau experiență traumatică determină adesea pacientul să trăiască sentimente de stres asociate, cum sunt tristețea,

furia, vina etc., chiar atunci când au fost utilizate tehnici adecvate (de exemplu, întărirea eului). Trebuie subliniat că asemenea abreații indică reasocierea și eliberarea aspectelor afective, cognitive, vizuale și senzoriale din experiențele trecute sau prezente. Terapeutul poate încuraja pacientul să își exprime sentimentele fie la nivel motor (Nichols, Zax, 1977; Pierce, Nichols, DuBrin, 1983; Hawkins, 1995), fie la nivel cognitiv, ca „abreație silențioasă”, o abordare folosită frecvent în hipnoanaliză (Watkins, 1990b). Abreația poate apărea în relație cu o experiență legată de emoții din trecut, din prezent sau o experiență imaginară legată de viitor. Pacienții și adesea clinicienii sunt surprinși și uneori stresați de aceste semne de excitație, deoarece ele sunt asociate cu stresul și disconfortul. Numeroși clinicieni consideră că abreația stimulează progresul rapid al terapiei (Hammond, 1990a), în timp ce alții o privesc drept mijloc de asigurare a descărcării pacientului și de rezolvare a simptomelor isterice și psihogene legate de un eveniment traumatic (Watkins, 1992). Rossi (1990) a lansat ipoteza că fazele de excitație și relaxare ale psihoterapiei cathartice sunt legate în timp de eliberarea hormonului corticotropic adrenal (ACTH) și de endorfine, pentru perioade de 20-30 de minute.

Hipnoanaliza

În hipnoanaliză, clinicianul folosește hipnoza pentru a ajuta pacienții să descopere originile problemelor lor în inconștient și să gestioneze consecințele comportamentale, emoționale, cognitive și somatice ale acestora. Pentru facilitarea acestui proces, au fost dezvoltate o serie de abordări. Însă, înainte de explorarea acestora, trebuie luate în considerare aspecte ale

gestionării catharsisului, întrucât acesta apare adesea atunci când ne angajăm în hipnoanaliză și este important ca terapeuții să aprecieze semnificația sa.

Catharsisul

Atunci când pacienții accesează și experimentează stări dureroase, apar grade variate de catharsis, care pot implica emoțiile, imageria, intuiția și senzațiile în modalități greu de verbalizat. De fapt, așa cum s-a discutat anterior, procesul poate fi înțeles ca un factor curativ important, comun tuturor abordărilor. Terapeutul observă că pacientul prezintă semne exterioare de catharsis emoțional, și anume tremur, transpirație, lacrimi, respirație rapidă sau superficială etc. Atunci când se întâmplă acest lucru, terapeutul poate încuraja pacientul să își „ventileze” dinamic sentimentele (de exemplu, prin lovirea unei perne). În cazul în care clinicianul are o pregătire adecvată, el mai poate să folosească tehnici din abordările orientate emoțional, cum sunt terapia Gestalt (Perls, 1969), bioenergetica (Lowen, 1975), psihodrama (Moreno, 1946) și terapia primală (Janov, 1973).

Uneori, în timpul unei experiențe regresive spontane și intense, pacientul poate pierde temporar contactul cu mediul înconjurător, precum și capacitatea de a comunica verbal. Aceasta se poate datora faptului că pacientul a intrat într-o stare de retrăire (Kroger, 1977); o regresie deplină, cu retrăirea efectivă a experiențelor anterioare. Terapeutul trebuie să încerce să evite această situație, deoarece nu se obține nimic prin retrăirea unei experiențe traumatice. În general, dacă pacientul a fost pregătit corespunzător în primele stadii ale terapiei – de exemplu, o întărire a eului concordantă, regresia progresivă structurată, stabilirea ancorelor pozitive, precum și dezvoltarea

unei bune relații terapeutice –, atunci probabilitatea abreactiei spontane este minimalizată. Dacă pacientul aude vocea terapeutului și este atins în scop securizant, își va aminti că se află în cabinet. În mod paradoxal, prin utilizarea acestor abordări pozitive, pacientul este de asemenea încurajat să exploreze tensiunile dialectice (de exemplu, experiențele negative, sentimentele de stimă de sine scăzută și așa mai departe).

Dacă apar regresia spontană și abreactia, terapeutul trebuie să fie pregătit corespunzător și să aibă încredere că poate gestiona situația. În aceste cazuri, cea mai bună politică este aceea de a încuraja pacientul să rămână în cadrul experienței sale, în timp ce i se oferă suport și indicații legate de timpul prezent. Sarcina cea mai importantă a terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să își exprime sentimentele cât mai deplin posibil, într-un fel care conduce la *insight*, eliberarea intenționalității și schimbarea comportamentală. În general, terapeutul își atinge scopul prin:

- un efort terapeutic susținut împotriva mecanismelor de apărare, pe măsură ce se desfășoară exprimarea emoțională;
- o legătură intimă cu pacientul;
- alegerea metodelor adecvate;
- absența fricii sau afectării în cazul sentimentelor puternice.

Intervenția 22. Încurajarea catharsisului

Așa este bine... lasă acele sentimente să plutească... lasă toate aceste sentimente să iasă, ca un curent de apă care țâșnește din munte... Așa este bine... continuă pe măsură ce respiri profund, din tot corpul... Cu fiecare expirație, lași acele sentimente neexprimate să se adune la suprafață și să iasă, să se risipească în aer. Dacă este posibil, poți transpune în acțiune acele sentimente, lăsându-ți corpul să se miște firesc... Așa

este bine, lasă mișcările naturale să apară... Încearcă să însoțești mișcările cu cuvinte... lasă toate acele sentimente profunde să iasă, astfel încât să poți învăța din aceste experiențe și să nu te mai deranjeze de acum înainte. Vei fi surprins să constăți că poți găsi învățăturile inconștiente din retrăirea emoțională și somatică a acestor experiențe... Te vei întreba cum și când vei ști aceste lucruri. Va fi acum sau mai târziu, conștient sau inconștient, într-un vis mai târziu în seara aceasta, înainte sau după acest sfârșit de săptămână?

Watkins (1995) afirmă :

Presupunem că, atunci când un pacient este copleșit de materialului eliberat, se acordă prea puțină atenție următoarelor aspecte: întărirea eului, pregătirea terapeutului; experiența acestor situații cu pacienții; ședințe de urmărire cu interpretare și reintegrare, pentru a „desprinde” învățăturile trecute cu potențial distructiv; repetarea experienței abreactive până când emoția dureroasă a fost eliberată și cedează, deoarece terapeutul a încercat doar să inițieze experiența, mai degrabă decât să o împărtășească într-adevăr cu pacientul. (Prin „co-experiență” sau „rezonanță” înțelegem că terapeutul nu observă pur și simplu durerea evidentă a pacientului, ci mai degrabă trăiește cu adevărat experiența durerii, fricii sau ororii împreună cu pacientul, chiar dacă la un nivel mai scăzut. Atunci când această „co-experiență” este esența experienței abreactive, pacientul nu se simte singur și poate gestiona în general o confruntare mult mai puternică.)

Vor exista totuși momente în care este bine să atenuăm și să împiedicăm abreactia. Acestea sunt situațiile în care clinicianul trebuie să folosească abordarea eliberării lente (sau „arderii lente”), descrisă de Kluft (1988), sau „abreactia silențioasă” (H. Watkins, 1980, 1990b). Acestea au loc atunci când sinele terapeutic al clinicianului nu simte că „noi” (pacientul și clinicianul) putem tolera efectul dur care ne așteptăm să fie eliberat (p. 6).

Ca alternativă la catharsisul expresiv motric, se pot utiliza metode de abreactie silențioase. În aceste abordări, terapeutul sugerează, de exemplu, că pacientul își imaginează că este furios pe protagonist. Alternativ, pot fi folosite abordările „metaforice” și imageria ghidată; de exemplu, pacientul este rugat să își imagineze că lovește o piatră mare cu un băț pentru a-și elibera calea (așa cum este ilustrat în intervenția 23). În imaginarea acestei scene, pacientului i se poate sugera că „piatra se transformă într-o persoană”. În vreme ce pacientul continuă să lovească „persoana”, are o abreactie „silențioasă” specifică oricărei furii reprimite și mâniei direcționate spre acea persoană – o acțiune care este frecvent profund destresantă.

O altă abordare prin abreactie silențioasă (distanțare) este aceea prin care pacientului i se cere să se privească pe sine sau pe altcineva, angajându-se în experiența abreactivă pe un ecran de televizor. Am avut ocazia să folosesc această abordare atunci când un pacient a devenit violent, s-a înfuriat și probabil s-ar fi rănit pe el însuși sau pe alți membri ai grupului. Asemenea tehnici de abreactie silențioasă sunt utile pentru gestionarea furiei și mâniei (H. Watkins, 1980, 1990b). Dacă nu se poate obține rezolvarea într-o singură ședință de terapie, atunci i se poate cere pacientului să își imagineze că experiența se află pe o casetă video, care este oprită și va fi continuată în următoarea ședință.

Intervenția 23. Imageria ghidată pentru catharsis

Continui să urmezi poteca de-a lungul râului vieții, începând din munți și terminând acolo unde râul întâlnește și fuzionează imperceptibil cu oceanul universal... Ajungi într-un loc în care poteca ta este blocată de o stâncă imensă căzută acolo, făcându-ți trecerea imposibilă... Nu există nici o modalitate prin

care să o poți ocoli sau escalada, iar singura posibilitate să înaintezi ar fi să miști stânca... Dar ea este mare și grea. Din fericire, observi un băț lângă tine și îți vine ideea să lovești stânca cu acest băț, până când aceasta se sparge în bucăți mici... Ridici bățul și începi să lovești stânca, fiind atent la ceea ce simți în timp ce faci asta... observând orice imagine... gând... senzație... pe care le trăiești... etc.

Intervenția 24. Gestionarea catharsisului

Continui să trăiești acele sentimente pe care le-ai avut în trecut, dar știi că nu este ceva real... că totul s-a întâmplat cu mult timp în urmă... deși, în final, poți învăța din aceste experiențe... știind că eu sunt aici cu tine, în această încăpere din cabinet, în ziua de (data)... și că ai putea la fel de bine să te urmărești și să te auzi pe un ecran de televizor pe măsură ce începi să te simți mai confortabil și relaxat doar prin observarea acestei experiențe... Știi că te poți întoarce la ea oricând pe parcursul vieții pentru a învăța și mai mult în viitor, când este mai potrivit pentru tine, și poți folosi această experiență într-o manieră mai eficientă... Ești conștient de sunetul vocii mele și de atingerea mea pe umărul tău. Continui să respiri fără dificultate, inspiri și expiri, data viitoare când inspiri ai putea lăsa ca ochii să se deschidă... Ești perfect conștient de locul în care te afli... de momentul zilei... de ceea ce este bun în viața ta acum... de vârstă... etc.

Încurajarea de către terapeut a abreacției motrice sau silențioase într-un anumit moment al terapiei este o chestiune de stil terapeutic, cadru teoretic, pregătire, experiență și adecvare contextuală.

Pacienții au nevoie frecvent să continue trecerea în revistă sau prelucrarea experiențelor formative pe parcursul mai multor ședințe de terapie. O asemenea prelucrare cathartă include atât descoperirea cathartă, cât și încurajarea schimbării comportamentale și munca orientată spre scop. Este important

să întrebăm mintea inconștientă a pacientului dacă mai sunt și alte experiențe pe care este nevoie să le cunoască înainte de a putea pași spre viitor fără nici o problemă. În orice caz, este important ca terapeutul să sprijine această accesare interioară, astfel încât pacienții să nu termine prematur procesul înainte de a exista șansa de rezolvare a problemei și a simptomelor.

Rossi (1995b) sugerează folosirea „întrebării de accesare bazală” pentru a facilita un locus al controlului securizant în timpul fazei de stimulare a pacientului. Autorul dă următoarele exemple de întrebări (p. 9) :

- Ești în stare să continui câteva momente în maniera ta – doar suficient de mult timp pentru a trăi ceea ce conduce la următoarea experiență ?
- Bine, poți rămâne în starea aceasta suficient timp pentru a descoperi despre ce este vorba ?
- Poți să continui să trăiești pentru tine acest lucru un timp, indiferent cât de dificil îți este, astfel încât să poți afla de ce ai nevoie pentru vindecare (rezolvarea de probleme sau altceva) ?
- Vrei să păstrezi secretă cea mai mare parte și să nu trebuie să o împărtășești cu nimeni ?

Rossi crede că pacienții au învățat să își închidă ritmul natural ultradian al procesului de rezolvare a problemelor până în punctul când au nevoie de terapeut pentru a-i ajuta să reîncepe cum să experimenteze tensiunea normală sau excitația nervoasă simpatăică pentru rezolvarea problemelor zilnice. Următoarele întrebări de recadrare terapeutică pot facilita reînvățarea (p. 9) :

- Da, respirația de acest fel înseamnă adesea că mintea și corpul tău se pregătesc să gestioneze chestiuni importante.

Poți permite ca acest lucru să continue câteva momente, până când îți dai seama despre ce este vorba?

- Poți să te bucuri de experiența ta energetică (transpirație, tremur, nervozitate, confuzie, nesiguranță sau orice altceva) ce apare câteva momente, ca semn că ești pe cale să gestionezi orice problemă?
- Te-ai lăsat vreodată să tremuri serios (sau orice altceva), astfel încât să te poți reorganiza cu adevărat?

Regresia de vârstă

În afară de abilitatea de gestionare a catharsisului, terapeuții trebuie să fie capabili să gestioneze corespunzător regresia. Regresia de vârstă va apărea probabil atunci când folosim abordările hipnoanalitice, aceasta fiind esența multor abordări clinice. Experiențele care au fost reprimite din copilărie sau chiar înainte de aceasta pot deveni accesibile prin transă și pot conține o imagerie bogată, care nu este de obicei asociată cu starea de veghe (Phillips, Frederick, 1995). Este important să ne asigurăm că pacientul poate gestiona amintirile recuperate și să acordăm atenție altor aspecte în afara acestor experiențe puternice și adesea dureroase. Pentru a ajuta pacientul în menținerea unui grad corespunzător de disociere, clinicianul poate da următoarele sugestii:

Oriunde te afli acum și orice trăiești, este important să știi că există adultul din tine, care poate auzi vocea mea și poate răspunde la ceea ce spun. Rog acea parte din tine să îmi dea un semnal arătând că este prezentă acolo... Bine. Acum, mintea ta inconștientă ți-a pus la dispoziție o experiență puternică și cu siguranță dorești să o explorezi într-un fel care să te satisfacă la momentul potrivit, fiindu-ți utilă. Întrucât scopul nostru de astăzi este acela de a accesa experiențele pozitive, voi ruga

mintea ta inconștientă să folosească resursele sale creative pentru a imagina un loc sau un recipient securizant în care să poată fi stocate toate aceste experiențe până în momentul în care vom decide că este gata să le deschidă. Rog partea ta adultă să se asigure că acest lucru se întâmplă și, atunci când procesul este complet, semnalizează-mi prin mișcarea unui deget sau dând din cap (Phillips, Frederick, 1995, p. 59).

Chiar dacă mintea ta conștientă nu știe ce se întâmplă, inconștientul tău te poate ajuta să găsești sursa stresului tău actual și a simptomelor tale... Așa este bine, poți avea chiar acum curajul de a continua să accesezi toate aceste sentimente de distres, care spun povestea reală a simptomelor tale supărătoare... Așa este bine... O parte din tine simte deplin distresul, iar cealaltă parte poate privi confortabil și calm de pe margine, astfel încât să poți face o evaluare exactă a sursei problemelor tale... Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate continua efortul de vindecare de una singură, oricând este pe deplin potrivit (*pauză*) și când mintea ta conștientă știe că poate coopera, ajutându-te să recunoști acele momente din cursul zilei în care este bine să iei o pauză (*pauză*), vei reveni la starea de veghe simțindu-te vii, înprospătați și conștienți de înțelesul acestei experiențe de aici și acum? (Rossi, 2002, p. 87)

Abordări ideodinamice în hipnoanaliză și gestionarea stresului

Întotdeauna a fost un mister faptul că mintea poate semnaliza răspunsuri aflate aparent în afara controlului minții conștiente. Abordările pentru vindecare ce au utilizat acest fenomen sunt vechi din punct de vedere istoric și au inclus viziunile, „vorbirea în diverse limbi”, scrierea spiritistă, ritualurile mistice și dansul. Mai recent, lucrările lui Chevreul au constituit baza cercetărilor clinice ale lui Braid și Bernheim, care au recunoscut

faptul că natura esențială a transei și sugestiei putea fi explicată în termeni de acțiuni ideomotorii și ideosenzoriale (Weitzenhoffer, 1957). Deși mișcările ideomotorii au fost intens investigate datorită importanței lor în teoriile comportamentale de bază ale hipnozei, semnalizarea ideomotorie în context clinic este relativ recentă (LeCron, 1954).

Teoriile dinamice ale psihoterapiei argumentează că există de obicei o amnezie privind sursa problemelor psihologice și a nevrozelor și prin urmare este necesar *insight*-ul în această dinamică reprimată. Semnalizarea ideomotorie poate fi utilizată ca procedură pentru descoperirea materialului inconștient într-un timp mult mai scurt decât în abordările psihanalitice tradiționale. Este de asemenea o abordare excelentă, care poate fi introdusă încă de timpuriu în procesul terapeutic, pentru că pur și simplu „plasează controlul” în mâinile pacientului.

Scopurile principale ale acestei forme de explorare și terapie combinată sunt următoarele :

- revelarea factorilor de rezistență inconștientă încă de la începutul tratamentului ;
- implicarea pacienților în calitate de colaboratori activi în procesul terapeutic ;
- diminuarea probabilității de a forța pacientul să re trăiască experiențele traumatice care reîntăresc tiparele originale de comportament maladaptativ. Un punct de vedere distant într-o regresie parțială utilizând cunoștințele adulte ale pacientului, perspectivele sale și înțelegerea matură oferă circumstanțele optime pentru o terapie productivă și rapidă ;
- folosirea unei abordări retrograde, mergând înapoi pe segmente de timp, reprezentând cea mai bună alternativă pentru începătorii în hipnoanaliză, evitând probabilitatea de abreacție ce ar putea produce necazuri ;

- diminuarea riscului de abreacție, care poate fi realizată de către terapeut înaintea căutării, astfel ca pacientul să nu fie nevoit să re trăiască un eveniment tulburător și să poată privi evenimentul ca și cum i s-ar fi întâmplat altcuiva ;
- obținerea permisiunii inconștientului înainte ca pacientul să încerce să raporteze la nivel verbal o experiență foarte stresantă. Problemele pot fi adesea abordate la un nivel subverbal de conștientă, fără a exista nevoia de recunoaștere conștientă sau comunicare verbală. Pacientul este cel mai în măsură să decidă în această privință.

Semnalizarea ideodinamică

Semnalizarea ideodinamică este o abordare prin utilizare, utilă în mod special pentru descoperirea evenimentelor traumatice reprimite, precum și a sentimentelor asociate cu distresul, care sunt legate de problemele psihologice și psihosomatice actuale (Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, Rossi, 1979 ; Rossi, Cheek, 1988 ; Hawkins, 1994c, 1997a ; Rossi, 1995a, 1996). Prin utilizarea abordărilor ideodinamice, terapeutul, în colaborare cu pacientul, poate „controla” nivelul de disociere și, în consecință, gradul de distanțare emoțională și catharsis asociat. În acest fel, „procesul cathartic” poate fi gestionat foarte eficient. Semnalizarea ideodinamică cu degetul produce un acces rapid la informația legată de stare, care poate să nu fie disponibilă pacientului la un nivel verbal conștient de funcționare și, ca urmare, permite pacienților să recadreze problemele lor inconștiente și psihosomatice. Rossi și Cheek (1988) consideră că „abordările ideodinamice par să fie cele mai potrivite pentru accesarea rapidă și recadrarea codării psihologice a problemelor traumatice și legate de stres, mai ales atunci când

ele sunt deja pe cale să fie reactivate din cauza stresului actual" (p. 382).

Întrucât terapeutul și pacientul pot gestiona terapeutic nivelurile de disociere și distanțare emoțională în mod colaborativ, posibilitatea reacțiilor iatrogene este minimalizată considerabil. De asemenea, este știut faptul că trecerea în revistă repetitivă, recursivă și secvențială a experienței originale este adesea necesară pentru a trece de amnezia traumatică (Scheff, 1979). Rossi și Cheek (1988) sugerează că :

Abordările permissive, exploratorii și ideodinamice în hipnoza terapeutică introduse de Milton Erickson elimină tipul de presiune emoțională care încurajează fabricațiile pacientului (p. 12)...

Inducția și menținerea transei servesc la asigurarea unei stări psihologice speciale, în care pacienții pot reasocia și reorganiza complexitatea lor psihologică internă și pot utiliza propriile capacități într-o manieră concordantă cu propria viață experiențială (p. 14).

Cu toate acestea, terapeutii trebuie să fie în mod constant vigilenți în ceea ce privește validitatea informației accesate prin semnalizarea ideodinamică. Rossi și Cheek sugerează că există o secvență în trei stadii implicată în reamintirea validă a materialului. Ei argumentează că, înainte de ridicarea degetului, apar modificări ale respirației, frecvenței pulsului și reacțiilor emoționale care demonstrează o orientare internă asupra momentului unei experiențe importante. Semnalele ideodinamice apar de obicei la numai câteva secunde după apariția acestei amintiri fiziologice. Raportarea verbală a experienței poate urma (dacă este posibil) după acești indicatori fiziologici și ideodinamici ai accesării interne a materialului semnificativ.

Un cadru de bază în folosirea metodelor de semnalizare ideodinamică cu ajutorul degetului pentru rezolvarea problemelor

psihologice și psihodinamice este cel prezentat mai jos (figurile 5.1, 5.2 și 5.3) împreună cu indicarea unor probleme potențiale. Terapeuților li se reamintește constant că acesta este numai un ghid pentru intervențiile posibile și că trebuie să adapteze sugestiile în mod creativ, pentru a satisface cerințele pacienților, precum și pe ale lor înșile. Cheek rezumă foarte bine abordările ideodinamice în următoarea afirmație : „Este realizată cel mai bine într-o atmosferă deschisă și suportivă, cu expectanțe terapeutice pozitive, și angajează curiozitatea și întrebările atât pentru terapeut, cât și pentru pacient” (Rossi, Cheek, 1988, p. 21).

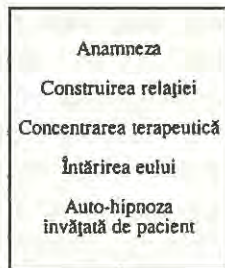
Abordarea recomandată aici este una care a fost „încercată și testată” de autor pe numeroși pacienți timp de mai mulți ani, având un succes considerabil. Pe parcursul capitolelor următoare, sunt furnizate studii de caz care ilustrează această abordare. Trebuie notat că abordarea sugerată aici diferă în unele aspecte de modelul prezentat de Rossi și Cheek. De exemplu, nu se fac eforturi pentru a obține semnale la aceeași mână, deși unii terapeuți (Braun, 1984 ; Putman, 1989) susțin această strategie.

Pentru ca pacienții să se angajeze în aceste procese ideodinamice, ei trebuie să își concentreze atenția asupra modalităților inductoare de transă și, în consecință, nu mai este necesară nici o altă inducție. Pentru aceia pentru care sunt utilizate întâi inducții formale de transă, semnalizarea ideomotorie și cea ideosenzorială sunt căi excelente de adâncire a transei hipnotice, astfel încât pacientul să se simtă în siguranță și să dețină controlul.

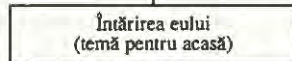
Stabilirea semnalelor degetului

Semnalele ideodinamice „da” pot fi stabilite în contextul întăririi eului (intervenția 26), deși pacientului poate să i se ceară pur și simplu să spună „da”.

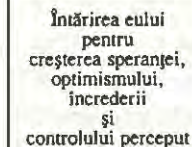
Vârsta
Starea civilă
Lifestyle issues
Suportul social disponibil
Natura problemei
Scurt istoric al problemei
Centrare pe terapie
Modularea simptomelor
Tratamente
precedente/actuale
Consumul de alcool,
droguri
Experiența hipnozei



Dificultăți în construirea relației terapeutice – examinarea valorilor, proiecției, transferului, dinamicii interpersonale. Problema poate să nu fie ușor de definit; terapeutul și pacientul trebuie să definească problema de comun acord și în colaborare.

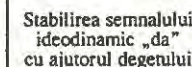


Pacientul este rugat să găsească experiențe trecute pozitive, de exemplu, o realizare. În hipnoză este vizualizată și ancorată această experiență.



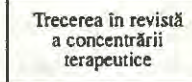
Pacientul poate necesita ajutor în această sarcină. Este important să ajutăm pacientul să recunoască că a depășit multe probleme în trecut și are multe experiențe de învățare pozitive, precum și resurse interioare pentru vindecare. Însăși întărirea eului poate duce la o ameliorare semnificativă a simptomatologiei.

„Atunci când mintea ta inconștientă știe că are resursele interioare, dorește să ajute în vindecare se va ridica unul din degetele tale sau va pluti întreaga mână?”



N.B. Semnalele cu adevărat inconștiente sunt repetitive și adesea abia vizibile. Apar adesea probleme cu opoziția, de exemplu, fără semnale sau semnale multiple, care pot reflecta incapacitatea de a spune „nu”. Adesea pot fi folosite semnale ideosenzoriale.

Pacienților li se cere să își imagineze că privesc o casetă video cu ei (sau al unei alte persoane, cu o problemă similară). Stabilirea unui prognostic optim.



Pentru unii pacienți poate fi necesar antrenamentul postural pentru sugestie.

„Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate spune nu problemei tale se va ridica degetul „nu” sau va pluti întreaga mână?”

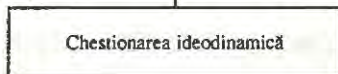
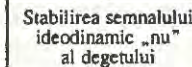


Figura 5.1. Inițierea abordării ideodinamice

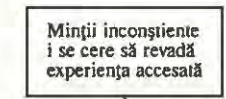
„Există un eveniment sau grup de evenimente în viața ta care sunt responsabile pentru problemele tale?”



„Lasă mintea ta inconștientă să găsească acele experiențe și anunți când le-ai găsit degetul (sau mâna) ta „da” se va ridica. Mintea ta inconștientă poate ști ce se întâmplă pe măsură ce degetul tău stâng se ridică.”

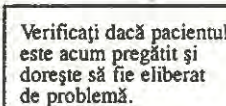


„Acum revezi evenimentul și când ai terminat să îl revezi, mâna ta (sau degetul) „nu” se poate ridica. Poți fi conștient de ceea ce se întâmplă și îmi vei putea spune despre aceasta acum sau mai târziu, dacă consideri că este bine ca eu să știu.”



Acest ciclu, de exemplu, accesarea și revederea poate fi repetat până când nu mai sunt necesare alte experiențe.

„Este vreo altă experiență pe care este nevoie să o știi pentru a-ți rezolva problema?”



LeCron a realizat o abordare retrospectivă foarte utilă regăsind pacientul spre o experiență anterioară pentru explorarea sursei traumatice a evenimentelor. Întrebați pacientul dacă experiența a avut loc înainte de a avea 20 de ani; 10 ani; 5 ani...

Se poate folosi de asemenea o abordare cronologică. Cereți inconștientului să meargă înapoi în timp înainte ca evenimentul să fi apărut. Apoi avansați progresiv până când pacientul indică cu un răspuns ideodinamic că evenimentul a fost accesat și poate experiența ceea ce se întâmplă.

Indiferent ce abordare este folosită, lăsați suficient timp pentru catharsisul emoțional și/sau *insight*-ul spontan. Acolo unde este necesar facilitați reframingul terapeutic.

Pot fi obținute diferite nivele de disociere; atunci când pacientul „știe” care este evenimentul traumatic poate revedea experiența ca și cum „ar urmări un film”.

Alternativ, pacientul își poate „rescrie” povestea prin crearea unei experiențe idealizate sau permițând „stării griului a eului” să ajute.

Figura 5.2. Accesarea și trecerea în revistă ideodinamică

Intervenția 25. Stabilirea degetului „da”

Continuă să îți spui cuvântul *da*, îl simți în corpul tău și îl gândești și îți-l imaginezi pe *da* în mintea ta... Atunci când mintea ta inconștientă poate să-și dea seama care este degetul

„da”... lasă ca orice schimbări din mâna ta să apară în mod natural și observă că poți lăsa ca această senzație să se dezvolte într-unul dintre degetele tale și să se transforme într-o mișcare... etc.

„Acum că ai revăzut și reevaluat evenimentele care stau la baza problemei tale, este mintea ta inconștientă capabilă să se lase să mergi în viitor eliberat de problemă?”

„Acum că ai făcut toate acestea, te poți simți bine?”

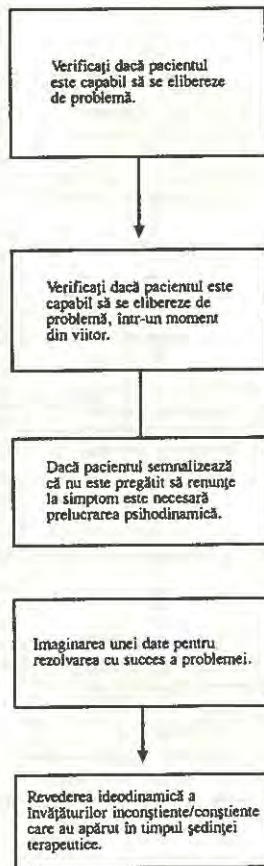
„Este mintea ta inconștientă gata să se lase să fi liber de problemă la un anumit moment viitor?”

Sugerați faptul că semnalul „da” al mâinii sau degetului se poate transforma în levitația brațului.

„Pe măsură ce brațul tău se ridică ușor în viitor până când te simți potrivit de bine... scrii data pe o tablă imaginată din fața ta, știind că această dată poate fi oricând adusă la suprafață”.

„Acum mergi în viitor (la data pe care ai scris-o), chiar dacă se poate să nu știi care este ea, și te vezi într-o oglindă, privindu-ți sinele „însănătoșit”... și te alături și însuși în oglindă... simțindu-te bine, știind că aceasta se poate întâmpla și că procesul de vindecare apare chiar acum deși s-ar putea să nu știi asta. Și vindecarea va continua chiar și atunci când vei merge la culcare azi.”

„Și acum inconștientul tău poate trece în revistă toate experiențele de învățare care au apărut în timpul sesiunii de terapie.”



Inabilitatea de accesare a datei rezolvării în viitor poate fi un indicator al unei rezistențe nerecunoscute anterior. Dacă aceasta este situația, e necesar un efort mai mare.

În loc de oglindă se poate folosi televizorul sau un film.

Pentru a crește impactul terapeutic, cereți pacientului să continue cu auto-hipnoza și pacing-ul viitor acasă, folosind ancorele stabilite mai devreme.

Cu fiecare experiență de învățare apare un semnal ideodinamic – aceasta crește speranța pacientului, optimismul și expectanțele sale.

Figura 5.3. Pacing-ul viitor și recadrarea

Aceeași abordare poate fi folosită pentru stabilirea degetului „nu”. De asemenea, terapeutul poate folosi răspunsurile ideosenzoriale sau senzațiile cerându-i pacientului să verbalizeze dacă răspunsul „da” sau „nu” a fost trăit intern (și este, în consecință neobservabil de către terapeut). Pacientul poate fi de asemenea rugat să miște un deget ca urmare a experienței ideosenzoriale (intervenția 26).

Intervenția 26. Stabilirea semnalizării degetului „da” cu întărirea eului

Întră în mintea ta inconștientă și găsește un moment din trecut în care ai ameliorat cu succes severitatea problemei tale, când ai simțit că deții controlul... când aveai mai multă încredere... Dacă dorești, poți să te vezi în această situație ca pe ecranul unui televizor... Atunci când mintea ta inconștientă știe că are resursele pentru a rezolva problema așa cum a făcut-o atunci, se va mișca unul dintre degetele tale?... Poți observa la început o senzație sau un sentiment diferit... poate o gândire, o căldură sau chiar o tresărire... Așteaptă să se întâmple acest lucru... și lasă degetul să se miște ușor de unul singur. (Terapeutul poate sugera chiar ca pacientul să ajute degetul să se miște.) Atunci când ești conștient de senzațiile din degetul tău „da”, îl poți ridica în mod conștient, astfel încât să îmi dai și mie de știre.

Este important să observăm că pacienții pot prezenta o rezistență considerabilă în cooperarea legată de procesul de investigare ideodinamic. Uneori, pacienții nu pot sau nu doresc să semnalizeze cu ajutorul degetului. Cheek sugerează că acest lucru se întâmplă adesea cu pacienții la care alte modele de tratament au eșuat. O abordare folosită de autor în lucrul cu pacienții care nu produc semnale ideodinamice este de a le sugera următoarele :

Peste câteva momente, dar nu încă, deschide ochii și privește o mână, deja știi pe care să o privești... Când faci acest lucru, se va ridica un deget de la sine?... Știi deja care va fi acel deget... Aștepti să vezi ce se întâmplă... Întrebându-te ce s-ar întâmpla dacă deschizi ochii acum.

Odată stabilite semnalele, inconștientului pacientului i se pot adresa următoarele întrebări :

- Mentea ta inconștientă știe că te poți însănătoși în totalitate ?
- Mentea ta inconștientă dorește să te ajute pentru a face acest lucru ?
- Ar fi bine pentru tine să te întorci înapoi la evenimente care au avut loc mai devreme în viața ta și să treci în revistă acele amintiri și experiențe relevante, astfel încât să îți poți înțelege și rezolva problema ?

Dacă întrebările la aceste răspunsuri sunt negative, atunci sunt necesare investigații suplimentare.

Gestionarea disocierii

Întărirea eului este o procedură foarte importantă înainte de angajarea pacientului în descoperirea (recuperarea) evenimentelor din trecut care sunt importante din punct de vedere etiologic în dezvoltarea simptomatologiei prezente. În contextul abordărilor hipnoanalitice, regresia pacientului la experiențele pozitive atunci când acesta trebuie să depășească diverse probleme și dificultăți este un element care pregătește pacientul pentru procesul regresiei, fiind adesea o metodă preferată de tratament. O metodă de facilitare a procesului este de a cere pacientului să își imagineze că privește o videocasetă a propriei vieți sau că urmărește un anumit program la televizor. Se poate

afirma că se inițiază o căutare inconștientă a resurselor și soluțiilor la problemă.

Ancorarea resurselor pozitive

Atunci când pacienții experimentează un eveniment pozitiv care este imediat demonstrat terapeutului-fiziologic, pacienților li se poate cere să „ancoreze” sentimentul pozitiv (de exemplu, prin împreunarea degetului mare și arătător). Mai târziu, în cursul ședinței de terapie, atunci când accesează și trece în revistă experiențe negative, pacientul poate folosi „ancora” pentru a se distanța (disocia parțial) de acea experiență. Folosirea tehnicilor „paradoxale”, cum sunt relaxarea, autohipnoza și întărirea eului, va conduce adesea la o „scoatere la suprafață” a amintirilor și sentimentelor negative aflate la baza problemei, care sunt adesea inconștiente, și astfel la accesibilizarea lor, astfel încât pacientul să le poată accesa într-un moment adecvat din punct de vedere terapeutic.

Echilibrul atenției

Trebuie subliniat de asemenea faptul că a ajuta pacienții să se recupereze și să își adune forțele și resursele le va permite să acceseze și să prelucereze experiențele negative și traumatice într-un mod mai eficient, fără reacții iatrogene negative, inclusiv riscul de retraumatizare, precum și de contaminare și distorsionare a amintirilor. Acest lucru este important mai ales în contextul dezbaterii actuale privind „amintirile false”. O asemenea abordare reîntărește mai ales „sinele adult”, care funcționează pe bazele raționale ale lui „aici și acum”. Această augmentare a „diviziunii eului” între „copilul rănit” și adultul

care funcționează rațional este un element important pentru a permite pacientului să reevalueze experiențele formative critice (anterioare) de la „distanță”. Scheff (1979) spune că, atunci când pacienții sunt distanțați optim de sentimentele lor (ceea ce se numește „distanță estetică” sau „un echilibru al atenției”), pot fi atât participanți, cât și observatori ai propriei experiențe.

Greenson (1967) vorbește despre „eul experiențial” și despre „eul observator” și spune că pacientul care va avea succes este acela care se poate mișca înainte și înapoi între aceste două tipuri de experiențe. Dacă pacientul este un eu observator pur, atunci vor apărea puține abreații emoționale, iar experiența va fi în principal una cognitivă, ceea ce în context psihodinamic nu este de mare folos. Pe de altă parte, dacă pacientul este un eu experiențial, aceasta poate duce la reacții iatrogene negative, deoarece disocierea este minimalizată. În mod ideal, pacientul ar trebui să experimenteze evenimentele istorice (sau curente) traumatice/conflictuale în timp ce le observă și în același timp rămâne parțial disociat de ele. În acest fel, pacientul poate reevalua evenimentele care mențin dinamica simptomatologiei, fie imediat, fie după catharsis sau mai târziu. Un echilibru optim al atenției se poate dezvolta printr-o pregătire atentă a pacientului în ceea ce privește îmbunătățirea funcționării sale ca adult rațional și a conștiinței sale critice (sentimentul realității timpului prezent).

Însă, indiferent de considerațiile dedicate pregătirii pacientului, uneori, poate să apară disoluția prematură a disocierii, deși aceasta poate să nu implice o retrăire imediată și deplină. Odată, cu ocazia unei demonstrații, o pacientă a început să tremure incontrollabil. Atunci când a fost întrebată „Ce se întâmplă acum?”, a spus că vizualizează o serie de bare verticale negre care o sperie foarte tare. Am întrebat mintea ei inconștientă dacă este în stare să suporte mai multe informații

despre acest lucru și a apărut mișcarea ideomotorie a degetului. Apoi a avut loc următorul dialog:

Terapeutul: Îți este foarte frică. Ce vârstă ai?

Pacienta: Am 4 ani.

Terapeutul: Ai 4 ani... Unde ești atunci când se întâmplă acest lucru?

Pacienta: Tata tocmai m-a abuzat sexual și mă țin de glezne deasupra casei scărilor... Pot vedea barele de pe trepte (cele la care făcea referire înainte).

Terapeutul: Știi că asta nu se întâmplă cu adevărat acum, deoarece eu sunt aici și poți auzi vocea mea. Este și altceva ce ai vrea să spui legat de această experiență?

Pacienta: Tata spune: „Dacă îi spui mamei, atunci te las să cazi”.

În acest punct, pacienta a început să plângă și am încurajat acest comportament emoțional, îmbrățișând-o și aplicând o ușoară presiune cu degetele pe spatetele ei. Ședințele de terapie ulterioare au fost necesare pentru ca pacienta să poată rezolva pe deplin această problemă și problemele legate de aceasta.

Deși prin utilizarea metodelor de întărire a eului sunt gestionate eficiente nivelurile de disociere, există și alte metode utile în acest sens (intervenția 27).

Intervenția 27. Gestionarea disocierii

Imaginează-ți evenimentul (din trecut) pe ecranul unui televizor căruia îi poți controla claritatea imaginii, intensitatea sunetului, intensitatea sentimentelor, având butoane diferite pentru acestea... Trăiește ceea ce vezi, auzi și simți... Intensitatea și claritatea experienței tale corespund cu ceea ce poți gestiona eficient acum... Poți fi surprins să afli că mai târziu vei ști ceva mai mult despre aceste experiențe... Atunci când acest lucru este posibil...

Aceasta va apărea ca un gând, o imagine, un sentiment sau poate într-un vis... mai devreme sau mai târziu.

Apoi, pacientul trebuie încurajat să țină un jurnal al acestor întâmplări (de exemplu, vise, sentimente, gânduri), care pot fi prelucrate ulterior în ședințele de terapie care urmează și în care se pot face mai multe explorări.

Tehnica „bulei” descrisă de Alden (1995) permite de asemenea gestionarea disocierii. Pacientul poate observa, din spațiul sigur al unei „bule”, efectele traumatice ale trecutului fără să existe pericolul retraumatizării cu supraîncărcarea efectului. Birere (1992) spune că accesarea sentimentelor asociate cu evenimentele semnificative din trecut în timp ce se evită absorbirea în ele facilitează o recadrare psihosomatică puternică, ce este adesea o componentă importantă a intervențiilor terapeutice în cazul persoanelor traumatizate de abuz sexual în copilărie.

Pacing-ul viitor

Cu accesarea recursivă și trecerea în revistă a experiențelor, atât la nivel cognitiv, cât și afectiv, pacienții ajung (de obicei) la un punct în timp pe care îl indică ideodinamic prin ridicarea degetului „da”, atunci când mintea lor inconștientă le poate permite să se elibereze de problemă într-un anumit moment din viitor. Pacientului i se poate cere apoi să încerce o dată fictivă din viitor, când va fi eliberat de problema actuală și când nu îi mai este teamă că problema ar putea reapărea. Fiți foarte atenți la modul în care este formulată cererea. Pacientului s-ar putea să i se fi spus: „Trebuie să înveți să trăiești cu problema asta”. Din acest motiv, simpla cerință a unei implicări viitoare în ceea ce privește un moment în care problema nu va mai exista

poate fi interpretată inconștient ca o condamnare la moarte. Alternativa la problemă este moartea atunci când problema nu mai este prezentă. Imaginarea unei date a vindecării înseamnă că pacientul a renunțat la sursele imediate de rezistență. De asemenea, înseamnă că există o oarecare speranță și că mintea inconștientă găsește modalități de atingere a unui scop în cazul în care a fost acceptată ideea unui obiectiv constructiv.

Intervenția 28. Pacing-ul viitor

Mintea ta inconștientă a indicat că este acum capabilă să te lase să intri în viitor fără problemă... Atunci când știi că acest lucru se întâmplă cu adevărat, brațul tău se va ridica în viitor în acel moment în care problema va fi fost rezolvată?... Știi că vindecarea are loc chiar acum, chiar dacă nu ești conștient de acest lucru... Mâna ta va scrie data la care te vei însănătoși complet? (*scrierea automată*). Dar știi că te poți însănătoși complet chiar înainte de acest moment... Vei alege să uiți această dată?

Am lucrat în acest fel cu mulți pacienți, iar ședințele ulterioare au arătat că de obicei și-au rezolvat problema la data respectivă sau înainte de ea. Trebuie subliniat totuși că nu sunt disponibile nici un fel de cercetări clare care să confirme aceste rezultate subiective. Cu toate acestea, metoda duce la creșterea expectanțelor pentru schimbare. Se poate realiza o ratificare a lucrurilor învățate în cursul ședinței de terapie, deoarece aceasta este un feedback valoros atât pentru pacient, cât și pentru terapeut.

Intervenția 29. Ratificarea (1)

Întoarce-te la acel moment în care ai început ședința de terapie și lasă mintea ta inconștientă să trăiască toate evenimentele în care ai învățat diverse lucruri... De fiecare dată când se întâmplă acest lucru, degetul tău „da” se va ridica, indicând faptul că are loc ceva pozitiv, chiar dacă nu ești conștient de acest lucru... Atunci când această trecere în revistă a luat sfârșit, brațul tău se va ridica la data când problema ta va fi rezolvată satisfăcător?

Intervenția 30. Ratificarea (2)

Trăiește așa cum ești acum (*data curentă*)... Acum, pe măsură ce trece timpul, știi deja că mintea ta inconștientă îți vindecă mintea și corpul, utilizând toate aceste învățături și experiențe care au avut loc în această ședință de terapie... Lasă acele schimbări pozitive să devină din ce în ce mai puternice până la... (*data pe care a indicat-o pacientul*), când ești pe deplin sănătos... Știi că ele au loc cu ajutorul celeilalte minți (inconștiente). Și poți trăi aceasta într-o manieră confortabilă și adecvată pentru tine.

În afară de abordarea prin semnalizare ideodinamică, despre care a discutat mai sus, există și alte tehnici de descoperire standard, incluzând podul afectiv al lui Watkins (Watkins, 1971), terapia stărilor eului (Watkins, Watkins, 1979, 1990, 1993), tehnica vizualizării teatrului (Wolberg, 1964), tehnici de regresie, jocul de puzzle și analiza viselor (Wolberg, 1980; Rossi, 2000).

Podul afectiv/somatic

Înainte de toate, pacientului i se aplică o tehnică adecvată de întărire a eului. Apoi i se cere să experimenteze situația în care apar sentimentele negative asociate problemei (de exemplu, teama, furia, tristețea). Apoi, clinicianul întreabă:

Poți lăsa acest sentiment să devină din ce în ce mai puternic?

Pentru a crea „podul” spre momentele din trecut în care au apărut pentru prima dată aceste sentimente, se pot utiliza o serie de abordări diferite. De exemplu, atunci când pacientul trăiește deplin emoțiile negative, în timp ce reține o „ancoră” a resurselor sale pozitive, poate fi întrebat:

Când ai simțit prima dată asta?... Primul gând. Ce vârstă ai acum?... Unde te afli?... Ce se întâmplă?... Cine mai este acolo?... Cine nu este acolo?

Bineînțeles, natura exactă a intervențiilor și întrebările adresate vor fi congruente cu comportamentul verbal și non-verbal al pacientului. Alte metode de efectuare a regresiei spre un eveniment anterior asociat cu sentimentele apărute includ folosirea imageriei adecvate (de exemplu, drumul peste un pod, numărutul înapoi până la vârsta respectivă a pacientului, precum și utilizarea răspunsurilor ideomotorii). Este de asemenea posibilă folosirea „punții somatice” pentru problemele somatice. Unui pacient cu durere psihogenă i se poate cere:

Concentrează-te asupra durerii și las-o să se intensifice (poate până la nivelul 7 sau 8, pe o scală analogică vizuală care merge până la 10 [VAS])... Când a fost prima ta experiență asociată cu această senzație?

În toate situațiile, este important ca terapeutul să gestioneze nivelurile de disociere legate de evenimentele prototip pentru a controla toate reacțiile iatrogene. Așa cum este posibilă realizarea unui „pod” înapoi până la evenimentele negative, putem realiza un „pod” către experiențele și evenimentele pozitive.

Terapia stărilor eului

Helen Watkins (1993) definește terapia stărilor eului după cum urmează :

Terapia stărilor eului este o abordare psihodinamică în care tehnicile terapiei de grup și familiale sunt folosite pentru a rezolva conflicte dintre diferite „stări ale eului” care constituie o „familie a sinelui” în cadrul unui singur individ. Deși stările ascunse ale eului nu devin în mod aparent evidente, cu excepția personalității multiple, ele sunt activate hipnotic și sunt accesibile în contactul și comunicarea cu terapeutul. Oricare dintre tehnicile comportamentale, cognitive, analitice sau umaniste pot fi astfel folosite într-un fel de diplomatie internă. Cei aproximativ 20 de ani de experiență în această abordare au demonstrat că problemele psihodinamice complexe pot fi adesea rezolvate într-un timp relativ scurt, comparativ cu alte terapii mai analitice (p. 232).

Deși conceptul de *segmentare a personalității* a fost menționat acum mult timp în literatură (de exemplu, Janet, 1907; Freud, 1923; Assagioli, 1965/1975; Jung, 1969), teoria specifică terapiei stărilor eului este atribuită lui John G. Watkins (Watkins, 1978; Watkins, Watkins, 1979, 1986, 1997; Watkins, Johnson, 1982). Watkins a extins conceptul *stărilor eului* dezvoltat de Federn (1952) și Weiss (1960), precum și de Berne (1961) în analiza tranzațională. Phillips și Frederick (1995) constată :

Stările eului pot fi înțelese ca „energii” în cadrul personalității. Ele nu reprezintă oameni reali care sunt pur și simplu mai mici sau mai tineri decât personalitatea globală, ci sunt mai degrabă aspecte sau energii ale persoanei. Stările eului sunt adaptative. Ele vin întotdeauna în ajutor (p. 63).

Watkins conchide că prin hipnoză este posibil să ne concentrăm asupra unui segment al personalității și să realizăm o ablație sau o disociere temporară de alte părți. Stările eului nu apar în general în mod spontan și deschis, dar pot fi activate prin hipnoză.

În primele stadii ale terapiei, centrarea pe explorarea stărilor eului se realizează mai ales în contextul întăririi eului, respectiv prin identificarea și lucrul cu stările pozitive ale eului, cum sunt cele responsabile de îngrijire, protecție, supraviețuire, încredere, relaxare și vindecarea interioară. Însă e important de subliniat faptul că nu trebuie încercată terapia stărilor eului până când nu s-a realizat o bună alianță terapeutică sau până când pacientul nu poate avea încredere în propriile procese interne (Phillips, Frederick, 1995, p. 57).

Există multe modalități pentru a începe terapia stărilor eului. O metodă simplă este aceea de a hipnotiza pacientul, fie prin inducție formală, fie prin relaxare progresivă sau imaginerie. Terapeutul poate apoi să-i spună pacientului :

Aș dori să vorbesc cu acea parte din tine care este supărată pe ceea ce se întâmplă, dar, dacă nu există o asemenea parte separată, este în regulă (Watkins, 1993).

Sau, mai specific :

Aș dori să vorbesc cu acea parte a minții tale care nu dorește să doarmă (*sau este alcoolică, bulimică sau dependentă de*

droguri) și poate acea parte ar dori să facă un pas înainte și să își facă cunoscută prezența într-un fel oarecare, dar, dacă nu există o asemenea parte separată, este în regulă.

Ultima parte a frazei este necesară pentru a nu crea un artefact. Conținutul este determinat de informația primită de la pacientul aflat în stare de veghe. Deși trebuie să ne străduim în permanență să nu sugerăm crearea unei stări, dacă ne asigurăm că au fost luate precauțiile necesare, atunci este improbabil să se întâmple ceva semnificativ în acest sens. Cu toate acestea, așa cum considera Watkins, persoanele cu hipnotizabilitate crescută sunt capabile să producă ceea ce cred că dorește terapeutul. Watkins adaugă :

Chiar și artefactele tind să fie foarte tranzitorii și să dispară, pentru că ele nu reprezintă o experiență cu adevărat semnificativă pentru pacient, indiferent dacă, din trecut sau din prezent și în terapia continuă cu multe ședințe terapeutice, ficțiunea tinde să fie separată de fapte.

Adesea folosesc o încăpere imaginară în care pacientul hipnotizat stă pe scaun sau canapea și se uită spre ușă să vadă dacă intră „cineva”. Există sugestia implicată că „cineva” va intra, dar nu există cererea de a face acest lucru. O modalitate chiar mai puțin sugestivă este aceea de a întreba pacientul hipnotizat : „Mă întreb de ce Mary (numele pacientei) a avut aceste dureri de cap în ultimul timp?”. Sau, pentru a sonda și mai mult : „Mă întreb dacă cineva ne poate spune despre durerile de cap (sau orice alt simptom)”. Adesea, ni se va face cunoscută o stare a eului.

Uneori, o stare a eului se exprimă numai prin simptomul din corp. De exemplu, o durere de cap poate fi o modalitate de comunicare a unei anumite stări a eului. Capacitatea creierului de a dezvolta tipare de protecție proprie pare a fi nelimitată (p. 238).

Gibson și Heap (1991) descriu o procedură pentru a ajuta pacientul să facă față amintirilor traumatice și deranjante din copilărie prin utilizarea stărilor eului, după cum urmează :

Pacientul este regresat spre un asemenea incident și se permite să apară orice abreacție ; apoi, terapeutul ghidează pacientul printr-un fel de psihodramă în fantezie în care se sugerează că starea eului adultă, posedând toate resursele, cunoștințele și învățăturile acumulate de la acel incident încoace, se întoarce în timp și furnizează stării de copil a eului reasigurarea, confortul și resursele prin care să se descurce și să rezolve acea amintire, astfel încât ea să nu mai producă probleme pacientului (p. 87).

Phillips și Frederick (1995) folosesc atât abordări tradiționale, cât și ericksoniene. Procesul de tratament implică descoperirea traumei care se presupune că este cauza simptomelor disociative și întărirea personalității, astfel încât să poată controla și internaliza materialul descoperit. Autorii descriu raționamentul de bază al acestei abordări după cum urmează :

Hipnoza este un ajutor de neegalat în acest proces, deoarece permite pacientului să intre în starea psihologică și biochimică în care a apărut inițial învățarea dependentă de stare și permite activarea stărilor eului pentru a lucra cu ele terapeutic. Dorim să ajutăm părțile personalității să tolereze descoperirea și abreacția fără retraumatizare, pentru a controla, renegocia și integra experiențele adunate, pentru a se întări și maturiza în asemenea măsură încât să fie restaurată armonia interioară. Echilibrul dintre întărirea eului din prezent și descoperirea experiențelor din trecut este critică. Subliniem utilizarea resurselor interne ale pacientului și ajutorarea pacientului pentru a învăța să direcționeze acele resurse pentru descoperirea, corectarea, reorganizarea și integrarea minți/corp (p. 19).

Degun-Mather (2003) descrie tratamentul unei femei diagnosticate cu tulburare alimentară compulsivă, cu un istoric de mâncat în exces și perioade de infometare în perioada de adolescență și cea de adult. Terapia stărilor eului în hipnoză a ajutat-o să înțeleagă cauza mâncatului compulsiv. Aceasta a fost urmată de utilizarea unui pod afectiv care i-a permis să acceseze o altă stare de copil a sinelui care era legată de infometare și abandon și care dorea să rămână „solidă, dar nu grasă”. Prin accesarea stărilor eului, pacienta a putut începe o comunicare internă și a realizat schimbări cognitive și emoționale. Acestea au fost mai târziu întărite prin terapie cognitivă, care anterior nu îi adusese prea mari beneficii.

Tehnica vizualizării teatrului (Wolberg, 1964)

În această abordare, pacientului i se cere să își imagineze că se duce la teatru să vadă o piesă. Terapeutul „ghidează” pacientul prin piesa de teatru (care este legată de problemă), în timp ce îi lasă pacientului suficient spațiu pentru introducerea materialului propriu (gânduri, sentimente, senzații), care apar spontan în timpul ședinței de terapie. Piesa poate fi organizată de terapeut în „scene” și „acte”, în funcție de informația furnizată deja de către pacient; de exemplu, Actul I, Scena 1: „Nașterea copilului”; Scena 2: „Primul an”; Actul al II-lea, Scena 1: „Șase ani mai târziu” etc. Bineînțeles că această abordare poate „progresa” în viitor și „regresa” în trecut.

O pacientă de-a mea a prezentat dificultăți de relaționare cu tatăl ei, care era grav bolnav în spital. Nu reușea să se apropie de el, nici fizic, nici psihic, deși dorea să facă acest lucru. În „tehnica teatrului” a descoperit amintiri timpurii legate de un abuz sexual din partea tatălui ei și, deși a negat la început acest lucru, treptat, a început să îl accepte. După patru ședințe de

terapie a putut să își ierte tatăl și l-a vizitat la spital pentru a-i spune acest lucru. Curând după aceea, tatăl ei a murit.

Regresia de vârstă

În etapele inițiale ale tratamentului, regresia de vârstă trebuie utilizată în special pentru întărirea eului. Phillips și Frederick (1995) afirmă:

dacă pacientul nu poate trăi regresia de vârstă pozitivă... această procedură trebuie amânată până când persoana are mai multă forță a eului și are mai multe experiențe în care a deținut controlul în cadrul altor tipuri de experiențe hipnotice (p. 58).

Regresia de vârstă pozitivă este realizată prin sugestia că pacientul merge înapoi în timp pentru a trece în revistă experiențe pozitive legate de succese, rezolvarea de probleme, trecerea examenelor, sentimente de relaxare și încredere, starea de bine psihologică și fiziologică (de exemplu, fără problemele curente legate de stres), pentru a descoperi (recupera) abilitățile de *coping* la stres și resursele care au fost uitate sau care nu sunt utilizate în prezent. Atunci când pacientul trăiește aceste „amintiri uitate” la nivel psihosomatic, i se poate cere să împreuneze degetul mare și arătătorul. Așa cum s-a discutat anterior, aceasta creează o ancoră pozitivă și poate fi folosită ca atare atunci când pacientul accesează și revede scenarii negative mai târziu în cursul terapiei. „Ancora pozitivă” poate fi de asemenea foarte valoroasă pentru pacient între ședințele de terapie ca modalitate de accesare a sentimentelor și senzațiilor pozitive și ca modalitate de gestionare a stresului.

O discuție anterioară asupra catharsisului în terapie a subliniat importanța regresiiilor parțiale, în care o parte din pacient

simte vârsta regresată, iar alta reține perspectiva adultă cu o abilitare a unei recadrări constructive după o abreacție adecvată. Într-o regresie sau retrăire completă, pacientul „retrăiește” experiențele trecute, adesea cu abreacție considerabilă, fără prezența aparentă a învățăturilor, experienței și rațiunii adulte. Din punctul meu de vedere, o regresie „conștientă” completă are prea puțină valoare terapeutică, deși unii terapeuți propun acest lucru în anumite situații clinice (Greenleaf, 1969, 1990). O serie de psihoterapeuți susțin că este posibil să regresăm pacientul până în momentul nașterii și al experiențelor prenatale (Janov, 1973 ; Grof, 1976, 1988 ; Lake, 1981 ; Verny, 1982). Conform propriei experiențe, hipnoza poate fi de mare ajutor în acest proces. Experiența găsită poate fi pozitivă sau negativă.

Metode de facilitare a regresiei de vârstă

Abordările hipnoanalitice deja discutate în acest capitol facilitează regresia de vârstă. Alte abordări includ atât metode directe, cât și indirecte. Trebuie să ne amintim că, înainte de a trece la regresia de vârstă și abordări potențial abreactive, este important să cerem permisiunea minții inconștiente a pacientului pentru a accesa și a trece în revistă experiențe etiologice importante, care pot fi traumatice.

O metodă simplă și directă este de a număra înapoi cronologic de la vârsta actuală a pacientului, observând comportamentul nonverbal al acestuia în timp ce facem acest lucru. Tehnica „scanării” sau „hărții posibile” poate fi realizată inițial destul de rapid, deoarece de obicei împiedică pacientul să acceseze amintiri legate de stare la nivel conștient, deși apar adesea comportamente ideomotorii și ideosenzoriale. În timpul ședinței de terapie, acestea pot fi observate și verificate în timpul progresiei de vârstă (număratul înainte până la vârsta actuală a pacientului). Dacă este posibil din punct de vedere

clinic, terapeutul poate lucra cu pacientul la orice vârstă în timpul regresiei sau progresiei de vârstă, utilizând orice tehnică știută.

Pacienților li se poate cere de asemenea să își imagineze că întineresc (intervenția 31).

Intervenția 31. Regresia de vârstă

Vezi în fața ta un ecran de televizor și un video. Lângă ele se află o casetă video cu numele tău scris pe ea și pe care se află înregistrată viața ta (se pot face referiri specifice la experiențe legate de problema pacientului; de exemplu, sex, mâncare, relații etc.). Dacă dorești, poți să introduci caseta în video și să o derulezi înapoi, începând cu lucrurile bune din viața ta, de acum, din 2005... În vreme ce te vezi și te auzi în acele situații, ești conștient de felul cum te simți... Dacă la un moment dat sentimentele devin prea inconfortabile, atunci poți modifica starea dând volumul mai încet sau accesându-ți sentimentele cu ajutorul butoanelor televizorului... Tot așa le poți amplifica atunci când te simți fericit și plin de încredere... Când ești pregătit să explorezi inconștient și să reevaluezi amintirile și experiențele relevante care apar în timp ce privești povestea vieții tale, mâna ta se va ridica în mod natural?

O abordare similară este aceea în care pacientul își imaginează un televizor cu mai multe canale pentru viața sa (de exemplu, pentru el în momentul terapiei, pentru el în viitor). O abordare similară, albumul de fotografii, a fost prezentată în capitolul 3, ca metodă de întărire a eului. Toate aceste metode creează o disociere parțială, în care pacientul se distanțează de experiența emoțională completă. Pacientul are de asemenea ocazia de a controla nivelul disocierii prin butoanele pentru sunet, imagine și sentimente. Amintiți-vă că în primele stadii ale terapiei este important să facilitați o disociere semnificativă, mai ales acolo unde sunt implicate traumele.

De asemenea, se pot folosi metafore pentru a facilita procesul de recadrare a experiențelor stresante. Hammond (1990a, p. 535) le numește „metafore traumatice”. Aceste metafore pot include referiri la ameliorarea bolii sau leziunii pacientului sau se pot referi la oameni în general. Metafora stejarului prezentată anterior ca metodă de întărire a eului (intervenția 20, capitolul 4) poate fi adaptată ca metaforă traumatică.

Puzzle-ul

Puzzle-ul este destinat să pornească un proces de vizualizare ce poate să ducă la conștientizarea de către pacient a problemelor nerezolvate.

Intervenția 32. Jocul de puzzle

Imaginează-ți că stai pe un scaun cu o masă mică înaintea ta. Pe masă sunt diverse cutii de culori și cu forme diferite; sunt roșii, albastre, galbene și verzi; unele cutii sunt pătrate, cubice, iar altele cilindrice. În fiecare dintre ele există un set separat de piese de puzzle. Atunci când te poți vedea stând la masă cu cutiile de culori diferite, dă din cap. Așa este foarte bine. Acum te rog să alegi doar una dintre aceste cutii – de orice culoare și formă preferi – să scoți piesele din jocul de puzzle și să le pui pe masă. Observă că nu există nici o poză pe capacul cutiei, așa că nu am idee care va fi în final imaginea – și nici tu nu știi în acest moment. Dar va fi poza unei scene sau a unui incident care este îndeaproape conectat cu problema ta actuală.

Mintea ta inconștientă știe exact ce piesă caută și te va ajuta să potrivești piesele laolaltă, astfel încât să vezi care va fi imaginea. Așa că poți începe acum, punând laolaltă piesele de puzzle – o piesă aici, una dincolo – și poți face acest lucru mult

mai repede în această stare de relaxare, mult mai repede decât ai face-o în mod obișnuit... În câteva momente, vei reveni la starea de veghe și îmi vei putea spune exact ce ai văzut în acea imagine, pe măsură ce a început să se formeze.

(Cereți pacientului să descrie ceea ce vede, cu cât mai multe detalii posibil. Aflați ce se întâmplă în acea imagine sau la ce se gândește persoana. Cei mai mulți vizualizează ceva ce descrie starea lor mentală internă – în formă actuală sau simbolică. Uneori, există piese care încă lipsesc sau revelația poate produce surpriză sau chiar abreacție – dacă pacientul se supără, îi puteți cere să strice puzzle-ul și să pună piesele înapoi în cutie, până când le poate reexamina.)

O pacientă de-a mea a adăugat piese în puzzle în fiecare ședință de terapie până când nu a mai găsit nici o piesă. Mi-a spus că va termina imaginea la întâlnirea noastră din săptămâna următoare. Din nefericire, a murit pe neașteptate cu o zi înainte de ședința de terapie programată.

Lucrul cu visele

Visele sunt o întruchipare a vieții interioare a persoanei și atât Freud, cât și Jung le-au utilizat ca mijloc de înțelegere a proceselor inconștiente (Freud, 1900/1976; Jung, 1943/1966, 1954; Singer, 1973). Un aspect controversat al psihanalizei a fost afirmația potrivit căreia visele nu furnizează numai informații despre inconștient (decă au un înțeles), ci sunt în același timp un mijloc de vindecare. Însă au existat câteva diferențe importante între punctele de vedere ale lui Freud și Jung.

Metoda constructivă a lui Jung

Jung nu era satisfăcut de importanța pe care Freud o acordase împlinirii dorințelor și aspectelor sexuale ale inconștientului. El a fost mai degrabă interesat de explorarea contextului visului însuși decât de găsirea originilor sale. Singer (1973) rezumă astfel :

Aceasta se bazează pe principiul că visul înseamnă exact ceea ce înseamnă. Inconștientul este responsabil de o perspectivă care extinde, completează sau compensează atitudinea conștientă. Prin vis, el furnizează elementele lipsă de care eul nu este conștient, exercitându-și astfel funcția de progresie către întreg.

Pentru a descoperi ce lipsește din punctul de vedere al conștientului, este util să *amplificăm asocierea* cu elementele specifice din vis (p. 309).

Această abordare este deosebită de cea freudiană a interpretării unilaterale de către analist cu o impunere a ideilor. Dimpotrivă, Jung afirmă :

Analistul care dorește să îndepărteze sugestiile conștiente trebuie să considere fiecare interpretare a visului invalidă, până când găsește o formulă acceptată de pacient (1954, p. 241).

Am ajuns pentru prima dată la această concluzie fundamentală că analiza, atât timp cât este reducere și nimic mai mult, trebuie să fie în mod necesar urmată de sinteză, iar anumite tipuri de material psihic nu înseamnă aproape nimic dacă sunt pur și simplu desfăcute în bucăți, însă au o semnificație foarte bogată dacă, în loc să fie separate, înțelesul lor este reîntărit și extins cu ajutorul tuturor mijloacelor pe care le avem la dispoziție – prin așa-numita metodă a amplificării. Imaginile și simbolurile inconștientului colectiv au o valoare distinctă, dacă sunt supuse unui

tratament sintetic. Așa cum analiza desface materialul simbolic fantastic în componentele sale, procedura sintetică le integrează într-o afirmație generală și inteligibilă (1943/1966, p. 81).

În ultimă instanță, Jung a susținut aplicarea unei tehnici numite „imaginație activă”, care cerea pacientului să viseze din nou un vis în timpul ședinței de terapie și să îl retrăiască. Uneori, pacientul regresa la o experiență din copilărie, adesea cu ventilarie emoțională considerabilă. Singer (1973) pune în legătură acest lucru cu „o activitate intensă a intestinelor după o lungă perioadă de constipație” (p. 313).

Un al doilea aspect al metodei constructive sau sintetice a lui Jung este punctul de vedere „final”, respectiv care este înțelesul visului pentru viitor? Trebuie notat că visele nu apar în general ca evenimente izolate, ci ca o dovadă a proceselor inconștiente în curs de desfășurare, reprezentate deseori de serii tematice (Rossi, 1997). Într-un raport anecdotic asupra unei serii de vise personale, Rossi (2003b) descrie felul în care a reluat visele în imaginația activă din cursul zilei pentru a ajuta propria recuperare după un accident vascular cerebral. El arată cum a devenit preocupat de anumite experiențe din vis și din imaginația activă în timpul reabilitării sale, numită de el „calea regală spre vindecarea și reabilitarea minte-corp”. În esență, abordarea constructivă a lui Jung este un proces natural, care aduce laolaltă conștientul și inconștientul în manieră sintetică, respectiv în vis. Rossi (2002) afirmă :

Conștiența sensibilă, dar înalt centrată facilitează repetiția internă și dialogul creativ cu imagini, anumite imagini noi care apar în visele și fanteziile noastre și pe care Jung le numește „imaginație activă”. Imaginația activă este o experiență dramatică de excitație, angajare și facilitare a proceselor psihobiologice de vindecare și individuație (p.133).

Visul vindecător

Întrucât visele pot fi ușor induse și/sau utilizate în procesul psihoterapeutic, visul poate fi conceput ca „vindecătorul din interiorul nostru” (De Benedittis, 1999). Deși interpretarea viselor poate fi utilă în procesul hipnoterapeutic, cea mai mare valoare terapeutică pentru pacient o au inducția și manipularea viselor hipnotice și nocturne.

Erickson (1952a) a utilizat frecvent „tehnica repetiției” în lucrul hipnotic cu visele. Conform acestei tehnici, pacientul derulează din nou visul și, cu fiecare repetare, schimbă personajele și scena visului. Această abordare permite pacienților să tragă propriile concluzii în ceea ce privește rezolvarea optimă a problemelor. Edgette și Edgette (1995) aseamănă această tehnică cu „o floare care începe să înflorească, cu petalele devenind din ce în ce mai deschise cu fiecare vis” (p. 166).

În contextul hipnoterapiei, pare adecvat să cerem pacienților să repete visul în ședința de terapie, precum și între ședințe. De asemenea, e util să dăm sugestii posthipnotice legate de visare. De exemplu :

Mai târziu, în cursul zilei de astăzi, în timp ce dormi, vei găsi răspunsuri vindecătoare în visele tale?... Sau vei descoperi noi învățături legate de stresul din viața ta și de resursele interioare care îți stau la dispoziție pentru a-l suporta?

În 1972, Rossi a propus ipoteza proteică a visului, care este acum susținută de dovezi. Rossi (2002) prezintă probe conform cărora gena timpurie imediată zif-268 este exprimată în cursul viselor, ceea ce duce la o nouă sinteză proteică, neurogeneză și diferențierea celulelor stem în noi țesuturi (Ribeiro, Goyal, Mello, Palvides, 1999 ; Hall, 2001). Rossi formulează ipoteza

conform căreia, așa cum stările negative de excitație emoțională pot iniția rețeaua psihogenomică ce inițiază expresia genetică având ca rezultat supraproducția de proteine ale stresului și boala, tot așa experiențele psihologice pozitive (de exemplu, întărirea eului) inițiază efectul noutate – experiență – neurogeneză, care facilitează expresia genetică, neurogeneza, rezolvarea de probleme și vindecarea.

Studiul de caz 1. Hipnoanaliza : o abordare integrativă

Studiul de caz de mai jos ilustrează folosirea abordării hipnoanalitice integrative, precum și o serie de tehnici reprezentative. „Pacienta” care a apelat la această ședință de terapie era o studentă de 22 de ani (Ana) cu o problemă legată de anxietate și iritabilitate, mai ales în relația cu oamenii cei mai apropiați. S-a oferit voluntar pentru a lua parte la o demonstrație în timpul unui curs de hipnoză și gestionare a stresului. Această ședință terapeutică a fost înregistrată și, ulterior, terapeutul și pacientul au adăugat propriile comentarii. Trebuie notat faptul că această prezentare nu este o analiză a întregii ședințe de terapie, ci o prezentare a secvențelor-cheie.

Sarcina terapeutului a fost aceea de a facilita procesul vindecării inconștiente prin utilizarea abordărilor ideodinamice. După cum am amintit anterior, explorarea ideodinamică poate asigura o cale sistematică de accesare, trecere în revistă și transformare a experiențelor trecute într-un mod creativ și sigur. Această abordare funcționează la nivel de integrare inconștientă și rezolvare a problemei psihosomatice și există mai puține șanse de redeschidere a leziunilor traumatice. Evenimentele dureroase pot fi restructurate prin folosirea

resurselor adulte disponibile pentru a retrăi trauma dintr-o perspectivă diferită, în timp ce trecutul să fie controlat.

Evaluarea inițială

Terapeutul a realizat o evaluare inițială care a acoperit următoarele zone :

- Sugestibilitatea pacientei a fost evaluată prin folosirea unei adaptări a profilului de inducție hipnotică a lui Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978 ; vezi intervenția 1 din capitolul 3). Aceasta a indicat faptul că pacienta răspunde bine prin semnalul ideomotor cu ajutorul degetului și levitația brațului.
- A fost explicat faptul că terapia este un proces colaborativ în care terapeutul se află acolo pentru a o ajuta pe Ana să găsească resursele interioare și soluțiile la problema ei legată de stres. Au fost adresate întrebări legate de modularea problemei ; de exemplu, problema se ameliorează uneori sau se înrăutățește ? Cine este responsabil de asta, tu sau eu ?
- Au fost adresate întrebări referitoare la trecut, mai ales în ceea ce privește vârsta aproximativă la care a început problema Anei și dacă are o „poveste” care să o explice.
- Au fost stabilite expectanțele pacientei atât la nivel conștient, cât și inconștient, descriind ce urmează să se întâmple (de exemplu, ce va face terapeutul și ce se așteaptă din partea pacientei).
- Ana a fost rugată să coteze problema pe o scală de la 0 la 10. Prin folosirea VAS, Ana a învățat că problemele ei comportamentale variază și că poate modifica acest proces atât conștient, cât și inconștient. Minții sale inconștiente i

s-a cerut să permită brațului să leviteze până în momentul în care problema a fost inexistentă sau mai puțin severă.

Pe o scală de la 0 la 10, unde 10 este cea mai gravă, care este intensitatea problemei tale actuale?... Cea mai gravă intensitate?... Cea mai ușor de suportat?... Cine este responsabil de aceste schimbări?... Iar când mintea ta inconștientă a găsit o perioadă din viața ta în care problema a fost mult ameliorată, brațul tău se va ridica spre acel moment? (*brațul drept al Anei levitează*)... Așa este foarte bine!... Atunci când știi că ai resurse pentru a te descurca cu problema, brațul tău va pluti ușor, așezându-se din nou pe piciorul tău?

Acesta este un alt exemplu al întrebărilor de accesare bazală ale lui Rossi, în care directiva implicată este transformată în întrebare (Rossi, 1995).

Stabilirea semnalelor ideodinamice

Nu a fost utilizată nici o inducție formală. Însă evaluarea inițială a inclus multe sugestii care au ajutat la inducerea transei. Trebuie de asemenea notat că Ana văzuse deja o serie de demonstrații de „pantomimă”.

Stabilirea semnalului „da”

A fost stabilit semnalul „da” cu ajutorul degetului/ brațului prin folosirea a ceea ce Ana deja realizase, și anume găsirea unui moment din viață în care problema nu a existat sau a fost mult ameliorată :

Lasă mintea ta inconștientă să găsească o perioadă din viața ta în care nu ai avut problema... sau una în care problema nu te

deranja, atunci când îți foloseai resursele pentru a te menține sănătoasă; lasă mintea ta inconștientă să facă acest lucru fără participarea minții tale conștiente... se poate întâmpla de la sine, așa cum s-a întâmplat cu puțin timp în urmă (*amintiți-vă că mâna dreaptă a Anei a levitat în timpul implementării VAS*)... Un deget se va mișca întâi la mâna ta dreaptă și te vei întreba care deget se va mișca mai întâi... Vei fi surprinsă când acest lucru se întâmplă... Mai devreme sau mai târziu, mâna și brațul tău pot deveni mai ușoare și pot pluti fără efort la distanță de piciorul tău (*brațul drept al Anei levitează din nou*).

Stabilirea semnalului „nu”

Degetul pentru semnalul „nu” a fost stabilit cerând inconștientului să semnalizeze prin mișcarea unui deget atunci când știe că poate spune „nu” problemei :

Te vezi pe tine însăși pe un ecran de televizor. Problema ta există. Dacă vrei, poți reduce volumul sunetului și poți vedea filmul în alb-negru... Atunci când știi că poți spune „nu” problemei, vei mișca un deget de la cealaltă mână? La început, vei avea o senzație într-unul dintre degetele tale, care se poate transforma într-o mișcare... Sau brațul tău stâng se va ridica... și atunci când o face mă întreb cât de surprinsă vei fi (*s-a ridicat un deget de la mâna stângă a Anei și apoi brațul ei a levitat*).

Sugestia ca Ana să se privească pe un ecran de televizor a creat o disociere care a diminuat considerabil posibilitatea de abreacție. Nivelul de disociere a putut fi crescut prin sugestia că imaginea poate fi în alb-negru sau chiar „difuză”, fiind permisă reglarea volumului.

Revizuirea internă

După stabilirea semnalelor ideodinamice, Anei i s-a cerut să se concentreze asupra problemei sale, iar apoi mintea ei inconștientă a fost întrebată :

Atunci când mintea ta inconștientă știe că este adecvat să lucreze cu această problemă din viața ta, se va ridica brațul „da”?... Sau, dacă nu te simți în stare să prelucrez această problemă acum, se va ridica brațul tău „nu”?

Brațul drept al Anei s-a ridicat, indicând că mintea ei inconștientă era gata să coopereze în activitatea terapeutică. Ședința de terapie a continuat :

Atunci când știi că ai resursele inconștiente, mintea ta inconștientă va indica acest lucru (*brațul ei drept a început să se ridice*)... Când ești pregătită să accesezi toate aceste amintiri, experiențe, emoții și senzații legate de problema ta, mâna ta va continua să plutească în sus? (*Mâna Anei s-a ridicat și mai mult*.) Nu trebuie să știi nimic la nivel conștient, decât dacă este bine pentru tine să știi acum... Poți învăța mai mult dacă este bine pentru tine să știi, în timpul unui vis, atunci când dormi la noapte, sau poate mâine, sau în ziua următoare... Te vei întreba când se va întâmpla acest lucru.

În timpul acestei experiențe, Ana a prezentat semne de stres. Atunci când pacienții se angajează într-o revizuire internă, apare adesea o stare de excitație emoțională spontană (de exemplu, modificări ale respirației și tonusului muscular), pe măsură ce sunt eliberate amintirile legate de stare (Rossi, 1996).

Am întrebat-o :

Ce vârstă ai când trăiești acest sentiment?

Ana a spus că avea 8 ani. După ședința de terapie, a făcut următorul comentariu :

Eram aproape sigură că problema a apărut când aveam 15 ani, dar eram pe cale să spun asta, când gura mea s-a deschis și „cineva” a spus: 8 ani. Mi-am dat seama că acest lucru nu numai că mă surprinde, dar mă și sperie. Întreaga conversație care a urmat s-a desfășurat aproape fără știința mea, de parcă nu eu eram cea care vorbea. Puteam doar să stau aici, întrebându-mă ce se va spune în continuare și încercând să dau un sens acelor lucruri!

Am continuat :

Ai 8 ani... Ce se întâmplă în viața ta acum? Păstrează orice îți vine în minte, știind că tot ce ai de făcut este să lași acele amintiri care sunt potrivite pentru tine acum să vină în mintea ta conștientă... Toate celelalte amintiri, emoționale, somatice și cognitive, pot rămâne în inconștientul tău... Completează propoziția „Eu am 8 ani și mă simt...” Spune asta din nou, până când sentimentele devin din ce în ce mai puternice... Păstrează aceste sentimente.

Tehnicile folosite (de exemplu, terminarea propoziției, repetiția, a spune cu voce tare sau paradoxal, a spune cu voce mai înceată, păstrează sentimentele) încurajează pacientul să acceseze și să întărească sentimentele asociate cu experiența.

Ana a găsit experiența prea dureroasă și a descoperit o cale „naturală” de disociere, amintindu-și în mod conștient faptul că are 22 de ani și stă într-o sală de clasă în Finlanda. Terapeutul trebuie să se asigure întotdeauna că este menținut un nivel adecvat de disociere, deși, așa cum este cazul în acest exemplu, disocierea poate să fie redusă parțial. O procedură necesară

este pregătirea pacientului prin întărirea eului și abordările legate de timpul prezent care întăresc „adultul rațional” și facilitează resursele interne ale pacientului. Am observat că respirația Anei devenise foarte superficială, așa că i-am cerut să respire mai profund și să îmi indice unde exista o tensiune în corpul ei. Ana a spus că tensiunea era în piept și am aplicat presiune cu vârful degetelor în această zonă în timpul expirației. Mai devreme, în timpul ședinței de terapie, i-am cerut permisiunea să o ating dacă este necesar.

Un pic mai mult zgomot pe măsură ce expiri... lasă acest lucru să se întâmple în mod natural... Lasă sunetele sau cuvintele să iasă din piept, în vreme ce continui să respiri mai profund și fără efort... Ce simți acum? Poate vei simți că înveți ceva important la nivel conștient sau inconștient, ceva ce poți utiliza în viitor pentru a-ți rezolva problema actuală, dar și alte probleme... Știi că ai resursele vindecătoare pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple... Pe măsură ce număr de la opt în sus, poți înainta în vârstă până la vârsta pe care o ai acum, de 22 de ani... Când ajungi la 22 de ani, ochii tăi se vor deschide, pentru a reveni în această încăpere, știind că au loc o serie de schimbări importante și învățături interne?

Atingerea adecvată a pacienților atunci când se află în stare „regresivă și emoțională” le asigură de asemenea o comunicare pozitivă importantă legată de „aici și acum”. De exemplu, în cazul Anei, se referă la faptul că nu are cu adevărat 8 ani, deși o parte din ea poate trăi amintirile de la acea vârstă. Pacientul este de fapt „divizat”, cu o parte având 8 ani (copil) și o parte având 22 de ani (adult), facilitând astfel procesul de reevaluare. Au fost adresate o serie de alte întrebări ideodinamice, incluzând accesarea și trecerea în revistă a experiențelor legate

de problemă, până când Ana a indicat ideodinamică că poate pași spre viitor fără problemă.

Verificarea și progresia

Apoi, experiența a fost verificată și consolidată astfel :

Când ochii tăi se închid, mintea ta inconștientă va trece în revistă toate experiențele de învățare pe care le-ai avut în timpul acestei ședințe de terapie... Atunci când inconștientul tău trece în revistă toate aceste experiențe, degetul tău de la mână dreaptă se mișcă de la sine și recunoști fiecare dintre aceste învățături... Când termini de revăzut aceste experiențe, brațul tău se va ridica, drept recunoaștere a faptului că procesul este complet și că ești cu adevărat gata să pășești spre viitor, mai devreme sau mai târziu, fără problemă? (*brațul drept al Anei s-a ridicat*) Așa este foarte bine... Brațul tău se poate ridica până la data la care problema va fi complet rezolvată și poți scrie această dată cu mintea ta inconștientă... Poți alege să uiți această dată... Când știi că mintea ta inconștientă poate continua cu vindecarea interioară, îți vei simți picioarele mișcându-se întâi sau brațele tale se vor întinde întâi pe măsură ce revii la starea de veghe pentru a discuta orice crezi este necesar?

Verificarea experiențelor de învățare terapeutică are valoare atât pentru terapeut, cât și pentru client. Anei i s-a dat feedback în privința mișcărilor observate ale degetului, a levitației brațului și a scrierii automate a datei. I s-a spus că aceasta este o indicație pozitivă a succesului ședinței terapeutice și că orice experiență negativă poate avea efect pozitiv pe termen lung.

Tema pentru acasă

A fost apoi sugerată următoarea temă pentru acasă :

Atunci când este confortabil pentru tine, poți găsi un loc relaxant și te poți uita la mână ta dreaptă lăsând-o să se ridice, închizând ochii pe măsură ce acest lucru se întâmplă și mergând până în momentul în care problema ta este rezolvată... Trăiește acest moment viitor și, atunci când te simți bine și ai încredere că munca ta interioară poate permite ca acest lucru să se întâmple, freacă degetul mare de cel arătător și deschide ochii. Poți face asta acum.

Ana a învățat o abordare autohipnotică pe care o poate utiliza într-un mod pozitiv și direcționat spre scop (Alman și Lambrou, 1997) nu numai pentru a-și îmbunătăți relațiile, ci și pentru alte probleme.

Regresia pozitivă

La finalul ședinței de terapie a fost realizată o regresie pozitivă :

Întră în mintea ta și întoarce-te la perioada în care aveai 8 ani sau erai și mai mică și găsește câteva experiențe pozitive... Atunci când ai găsit acele experiențe pozitive, lasă sentimentele tale să plutească prin întregul tău corp... devenind din ce în ce mai puternică cu fiecare respirație... așa este foarte bine, trăiești ceva un pic diferit acum?... Acele sentimente pozitive se văd cu adevărat acum pe fața ta... Atunci când sunt cu adevărat puternice, freacă degetul mare de cel arătător... astfel ca, în viitor, atunci când dorești să accesezi acele sentimente pozitive, tot ce ai de făcut este să freci degetul mare de cel arătător, așa cum faci acum... Acum, pe măsură ce număr de la 5 la 22,

găsești experiențe pozitive la fiecare vârstă prin care treci... Iar când ajungi la 22, ochii tăi se deschid în anticiparea faptului că folosești acum activ toate resursele tale de vindecare pentru a-ți rezolva problemele și ceva din tine știe că poate continua să vindece creativ întregul, nu trebuie să faci nimic... La momentul potrivit, în timpul zilei, atunci când ai nevoie, vei lua o pauză?

Reorientarea către prezent

Aceasta a fost o parte din pregătirea pentru finalizarea ședinței de terapie și reîntoarcerea la viața de zi cu zi. Au fost folosite o serie de tehnici pentru a ne asigura că Ana s-a reorientat către prezent. Acestea au inclus următoarele solicitări :

- să descrie încăperea ;
- să descrie cum va merge acasă după terminarea ședinței de terapie ;
- să mențină orientarea prezentă pozitivă și să lase la o parte toate imaginile negative care i-ar putea veni în minte ;
- să aștepte cu nerăbdare restul zilei ;
- să descrie tema ei pentru acasă.

Opt luni mai târziu, Ana a spus că ședința de hipnoză a ajutat-o să-și gestioneze relațiile, precum și alte chestiuni din viața ei.

Rezumat

Este important de notat că, pentru ședința de hipnoterapie, terapeutul a avut o „hartă de lucru”, deși ar trebui subliniat faptul că aceasta a fost privită doar ca un ghid general și aproximativ, unele dintre aspectele importante ale terapiei fiind creativitatea și utilizarea. A fost adoptată o abordare integrativă,

încorporând strategii cognitiv-comportamentale și strategii generice dinamice (Hawkins, 2006). Abordarea generică a fost cea umanistă și fenomenologică, fără interpretare sau diagnostic.

Terapeutul a ajutat la facilitarea procesului de „căutare inconștientă” atât a „vindecătorului interior”, cât și în ceea ce privește dinamica reprimată aflată la bază care menținea simptomul și împiedica găsirea unei soluții. Abordarea clinică adoptată a fost democratică și colaborativă, implicând alegerea și autodeterminarea, pacientul și terapeutul lucrând împreună pentru găsirea soluției. Acest punct de vedere promovează ideea că pacientul are resurse conștiente și inconștiente care sunt disponibile, însă are nevoie de ajutor din partea unui facilitator. De asemenea, implică faptul că persoana participă la propria boală și, ca urmare, la propria sănătate printr-o combinație de factori mentali, fizici și emoționali.

Abordarea hipnoterapeutică generală a fost influențată de activitatea lui Erickson și Rossi, deși și-au adus o contribuție semnificativă și teoriile, practica și cercetările din psihoterapia generică ; de exemplu, importanța dezvoltării unei relații bazate pe încredere și însuflarea speranței și optimismului.

În următoarele trei capitole, tehnicile clinice și abordările discutate până în acest punct vor fi aplicate în prelucrarea unui număr de probleme specifice legate de stres.

Capitolul 6

Tratamentul problemelor specifice (1)

Într-un film recent, *Jurnal pe motocicletă*, este surprinsă călătoria lui Che Guevara prin America Latină, pe o motocicletă veche. Drumurile erau în stare foarte proastă, pline de gropi și obstacole, astfel încât era inevitabil ca anumite părți ale motocicletei să nu se desprindă și să cadă din cauza zdruncinului continuu. Când s-a întâmplat acest lucru, Che și-a reparat inițial motocicleta, fixând părțile înlocuite cu nituri sau șuruburi. Însă reparațiile pe care le-a făcut nu au durat prea mult, pentru că erau prea rigide și s-au stricat curând. După ce și-a reparat de mai multe ori motocicleta în acest fel, a decis să adopte o strategie diferită. În loc de reparațiile rigide cu nituri și șuruburi, a folosit bucăți vechi de sârmă. Atunci când motocicleta trecea printr-o groapă, părțile înlocuite se îndoiu, fără să se mai rupă!

Introducere

Multe disfuncții sunt adesea asociate sau exacerbate de stresul psihosocial. Există multe situații psihosociale care pot da naștere unei anxietăți acute, așa cum sunt intervențiile chirurgicale și dentare, examinarea ginecologică, situațiile dificile din familie și de la locul de muncă. Există tot mai multe dovezi

ale faptului că hipnoza poate fi utilă în tratamentul unei game largi de probleme legate de stres, incluzând:

- anxietatea (Barrier *et al.*, 1999);
- dependențele (Green, 1999; Medd, 2001);
- obezitatea și tulburările de comportament alimentar (Erickson, 1960; Hammond, 1990a; Young, 1995; Degun-Mather, 1995, 2003; Evans, Coman, Burrows, 1997);
- probleme cardiovasculare și hipertensiune (Crasilneck, Hall, 1985; Milne, 1985);
- sistemul imunitar și cancerul (Spiegel, Bloom, Kramer, Goutheil, 1989; Walker, 1992, 1998; Wlaker, Johnson, Eremin, 1993; Walker *et al.*, 1999; Walker, Eremin, 1995);
- probleme dermatologice (Price, Mottahedin și Mayo, 1991; Ewin, 1982);
- probleme gastrointestinale (Whorwell, Prior și Faragher, 1984; Harvey, Hinton, Gunary, Barry, 1989; Whorwell, 1991; Gonsalkorale, Houghton, Whorwell, 2002; Gonsalkorale, Miller, Afzal, Whorwell, 2003; Simren, Ringstrom, Bjornsson, Abrahamsson, 2004);
- disfuncții sexuale (Bakich, 1995; Hawkins, 1996, 1997b);
- tulburări de somn (Hearne, 1993; Kingsbury, 1993; Hawkins, Polemikos, 2002);
- probleme respiratorii (Wilkinson, 1988);
- durere cronică (Hilgard, Hilgard, 1994; Jack, 1999; Williamson, 2002);
- cefalee (Alladin, 1988);
- tinitus (Karle, 1988).

Hammond (1990a), Heap și Aravind (2001) și Barabasz și Watkins (2005) au propus câteva treceri în revistă ale problemelor specifice medicale, dentare și psihologice. În acest

capitol sunt examinate câteva probleme specifice legate de tratamentul hipnotic. Intenția nu este aceea de a furniza o analiză exhaustivă, ci suficiente informații, astfel încât clinicianul să realizeze intervenții terapeutice adecvate pentru problemele medicale, psihologice și comportamentale legate de stres. Trebuie să ne amintim că este extrem de important ca, înainte de a realiza o intervenție hipnotică cu pacientul, să fie realizate toate examinările necesare de către specialiști; de exemplu, dacă tratăm un pacient pentru cefalee persistentă, trebuie realizate toate examinările neurologice necesare, iar rezultatele trebuie evaluate. Nu mai este necesar să spunem că trebuie să păstrăm legătura cu specialiștii din alte domenii.

Pentru tratamentul oricăror probleme, este recomandat să se realizeze întărirea eului în primele ședințe de terapie, la începutul și sfârșitul fiecărei ședințe. Intervențiile de întărire a eului pot fi generice (de exemplu, vezi intervențiile din capitolul 4) sau construite pentru problema specifică a pacientului. Toate problemele pot fi abordate, cel puțin inițial, ajutând pacientul să își găsească resursele interioare sau pe baza abordării hipnoterapeutice a lui Rossi.

Intervenția 33. Găsirea resurselor interioare

Închide ochii... Intră în mintea ta pentru a găsi toate acele resurse de vindecare interne pe care le poți folosi pentru a-ți rezolva problema... Știi deja că ai soluțiile pentru problema ta și că o înțelegere conștientă sau inconștientă a experiențelor legate de problemă te poate ajuta să găsești și să utilizezi acele resurse acum și în viitor... Atunci când mintea ta inconștientă știe că ai acele resurse, mă întreb dacă vei observa acest lucru ca o senzație sau o mișcare într-unul dintre degetele tale sau într-o mână... Când poți lăsa acele resurse să curgă liber spre acea parte a corpului și minții tale... vindecând partea

ta vătămată până la funcționarea optimă?... Știi că acest proces de vindecare va continua încă mult timp după ce ai plecat de aici și în viitor... Chiar și atunci când dormi... Când știi cu adevărat că acest lucru se întâmplă de la sine, ochii tăi se vor deschide, regăsindu-te în starea de veghe, simțindu-te împrăpat și activ?

Uneori, pacienții spun că „nu pot găsi nici o resursă interioară”, chiar și atunci când li se cere să semnalizeze ideodinamic cu degetul. În aceste situații, este important ca terapeutul să indice faptul că resursele vor fi disponibile ceva mai târziu.

Intervenția 34. Găsirea resurselor interioare : însămânțarea

Deși resursele s-ar putea să nu fie disponibile pentru tine chiar acum, îți poți lăsa mintea inconștientă să continue să caute acele resurse interioare... Chiar dacă nu realizezi acest lucru chiar acum... știind că mai devreme sau mai târziu vei găsi aceste resurse și că acest proces de căutare va continua în mintea ta suficient timp după ce pleci de aici astăzi, chiar dacă nu ești conștient că acest lucru se întâmplă... Poți să-ți descoperi resursele interioare în timp ce dormi, poate mai târziu în cursul zilei de azi, într-un vis... Aceasta se poate întâmpla în noaptea aceasta sau mâine-noapte și așa fi surprins dacă nu ai afla ceva înainte de finalul sfârșitului de săptămână... Doar așteptând ca acest lucru să se întâmple, fără să faci nimic acum, decât să te încrezi în mintea ta inconștientă pentru a continua procesul natural de vindecare... Întrebându-te când îți vei observa resursele interioare pentru a gestiona problemele legate de stres.

Intervenția 35. Intervenție hipnotică generală pentru probleme medicale

Închide ochii și intră în mintea ta... Găsește toate resursele tale vindecătoare... Lasă energia vindecătoare să plutească în jurul corpului tău, intrând profund în fiecare celulă... vindecând și restaurând fiecare celulă până la funcționarea optimă... curgând fără efort prin întregul tău corp... Poate există o parte a corpului tău care ar dori să primească această dragoste specială, această energie vindecătoare chiar acum... Permite energiei vindecătoare să se îndrepte spre acea parte a corpului tău... Îndepărtează tot disconfortul... și refă acele celule pentru funcționarea optimă... Lasă procesul să continue mult timp după ce ai plecat de aici... chiar și în timp ce dormi mai târziu în noaptea aceasta.

Intervenția de mai sus este utilă de asemenea ca procedură auxiliară cu pacienții aflați sub tratament medical convențional (de exemplu, chimioterapie sau dializă).

Intervenția 36. O ședință hipnoterapeutică completă prin folosirea întrebării de accesare bazală (adaptată după Rossi, 1996, p. 194)

Pacientul începe ședința de terapie cu mâinile întinse și palmele îndreptate una spre cealaltă :

Atunci când mintea ta internă este gata să îți rezolve problema, mâinile tale se vor împreuna pentru a semnaliza că da?... Sau se vor îndepărta, indicând că mintea ta inconștientă nu este încă pregătită pentru a lucra cu această problemă anume, ci poate cu o altă problemă?... Când mintea ta inconștientă poate recunoaște toate acele amintiri, senzații, emoții și experiențe legate de problema aleasă, una din mâinile tale va coborî încet

de la sine spre piciorul tău?... Atunci când mâna atinge piciorul, cealaltă mână va coborî, iar mintea ta inconștientă poate folosi toate acele opțiuni pentru a rezolva problema acum și în viitor?... Atunci când mintea ta inconștientă știe că poate continua această vindecare interioară în viitor, chiar și atunci când dormi, vei deveni tot mai alert, pe măsură ce revii din nou în această încăpere?

Trainingul autogen

Deși trainingul autogen nu este o abordare hipnotică propriu-zisă, este similară cu una în anumite privințe, fiind inclusă aici datorită utilității sale în multe situații legate de stres. O examinare detaliată a metodelor folosite în mod curent poate fi găsită la Schultz și Luthe (1969, p. 73). Intervenția de mai jos combină mai multe exerciții standard descrise de cei doi specialiști.

Intervenția 37. Training autogen modificat pentru gestionarea generică a stresului

Fii conștient de respirația ta, urmărind trecerea aerului în sus prin nasul tău, înăuntru și apoi din nou în afară... Data viitoare când respiri, rotește-ți ochii sub pleoapele închise dacă ei sunt deja închiși, lăsând pleoapele să se relaxeze până în punctul la care simți că nu le mai poți deschide... Lasă acest sentiment de relaxare și pace să se scurgă până în vârful degetelor tale de la picioare... Spune-ți: „Piciorul meu drept este cald și greu” (repetă aceasta de câteva ori)... observând cum piciorul tău drept devine cald și greu... iar acum spune-ți „Piciorul meu stâng este cald și greu” (repetă aceasta de câteva ori)... observând cum ambele picioare devin calde și grele... Spune-ți că „ambele mele picioare sunt calde și grele”... lăsând acea greutate și

căldură să se răspândească prin picioarele tale, îndepărtând stresul rezidual și tensiunea pe măsură ce picioarele tale devin calde și grele... Spune-ți: „Picioarele mele sunt calde și grele” (repetă aceasta de câteva ori)... lăsând căldura și greutatea să se răspândească fără efort în abdomenul tău și spune-ți „Abdomenul meu este cald și greu” (*nu se sugerează acest lucru femeilor însărcinate*). (*Se fac acum sugestii similare, în mod progresiv, pentru întregul corp, și anume pentru piept, umeri, brațe și mâini, gât și față.*) Corpul tău este acum cald, greu și relaxat... Spune-ți „Corpul meu este cald, greu și relaxat”... lăsând fruntea ta să se răcorească atât cât să te simți confortabil. Spune-ți „Corp cald și greu, frunte răcorită într-o zi caldă de vară, mă simt în pace”... Poți rămâne în această stare de pace atât cât este necesar. Poți face acest lucru pentru tine oricând e posibil și simți nevoia.

Încă o dată trebuie subliniat că intervenția de mai sus este foarte prescurtată și trebuie adaptată de clinician pentru a satisface cerințele unei anumite situații.

Mai jos sunt prezentate o serie de probleme specifice legate de stres. Deși pacienții vor fi tratați diferit, în funcție de mai mulți factori (de exemplu, natura problemei, suportul social disponibil, gradul de cronicitate, tratamentele anterioare și așa mai departe), cazurile discutate mai jos sunt un fel de matrice clinice pentru lucrul cu pacienții „în general”.

Anxietatea

Probabil cei mai mulți pacienți stresați se simt anxioși. Oamenii experimentează probabil stări mai accentuate de anxietate sau atacuri de panică atunci când nivelele lor generale de stres sunt mai mari (Hollander, Simeon, Gorman, 1994). Aceasta se poate întâmpla în relație cu numeroase situații, precum anxietatea legată de performanța de lucru, comportamentul sexual,

examele școlare, intervențiile chirurgicale, injecțiile, nașterea unui copil, relațiile, interviurile, situațiile specifice (de exemplu, fobia de dentist) etc. Nivelul anxietății a crescut în societatea contemporană din cauza creșterii numărului de decizii care trebuie luate (Schwartz, 2005), dar și a presiunii timpului și a goanei după resursele financiare necesare pentru un stil de viață echilibrat și sănătos (intervenția 38). Influența reclamelor și mass-mediei are un rol important în creșterea nivelului de stres și anxietate, prin ridicarea expectanțelor oamenilor referitoare la achiziția bunurilor materiale, adoptarea unor stiluri de viață tentante și atingerea unei forme corporale ideale. Această concentrare asupra consumerismului și a „cultului celebrității” este endemică în societățile vestice și contribuie la augmentarea problemei stresului și nefericirii. În consecință, consilierea și psihoterapia sunt adesea „medicamentele prescrise” pentru problemele de viață.

Adesea, în prelucrarea hipnoterapeutică a anxietății, sunt suficiente abordările deja prezentate în capitolele anterioare ale cărții, și anume combinația de relaxare, întărire a eului, stabilirea scopurilor, gestionarea timpului și planificarea acțiunii. Acestea pot fi completate de utilizarea integrativă a abordărilor hipnoanalitice. Multe dintre abordările pentru întărirea eului descrise în capitolul 4 sunt utile pentru gestionarea stresului/anxietății, asemenea altor intervenții generale prezentate în carte, cum ar fi relaxarea prin respirație (intervenția 45), sfera de lumină (intervenția 47), dușul magic (intervenția 48) și floarea magică (intervenția 49).

Intervenția 38. Gestionarea echilibrului muncă/viață

Atunci când ești pregătit să treci în revistă felul în care îți petreci timpul, lasă-ți ochii să se închidă... vei ridica un braț pe măsură ce mintea ta inconștientă trece în revistă felul în care îți petreci

timpul în raport cu aspectele importante din viața ta... munca ta... relațiile tale personale... timpul tău liber... trăind toate acele senzații, emoții, gânduri, imagini și amintiri... cu felul în care îți trăiești viața?... Atunci când știi că poți folosi toate aceste lucruri nou-descoperite, brațul tău va pluti de la sine?... Așa este foarte bine!... Folosește chiar de acum toate aceste învățături pentru a găsi soluții la problemele din viața ta. Atunci când știi că aceste schimbări au loc în tine, în ceea ce privește prioritizarea scopurilor și activităților, brațul tău va coborî pentru a se odihni confortabil pe piciorul tău, astfel ca ochii tăi să se deschidă încet? Adesea, aceste schimbări apar destul de imperceptibil, așa cum gheața se topește treptat și devine apă, iar apa se poate încălzi tot mai mult fără să existe alte schimbări decât temperatura ei, și numai când apa ajunge la 100 de grade ea se schimbă în abur... Te întrebi dacă vei avea un vis important mai târziu în cursul zilei de astăzi care îți va spune ceva semnificativ despre felul în care îți conduci viața și despre schimbările pozitive care se realizează profund în interiorul tău chiar acum, fără să observi, până când ele au loc.

Există multe abordări pentru facilitarea procesului de luare a deciziilor pentru pacienți. Una pe care am utilizat-o cu mai multe ocazii este „consilierul interior” sau „animalul prietenos” (vezi intervenția 17 din capitolul 4). Pacientul întâlnește animalul său prietenos și îl lasă să ia decizia. Una dintre pacientele mele nu se putea decide dacă să își părăsească partenerul, iar acest lucru îi provoca stres și anxietate. Ambii parteneri au fost consiliați, dar abordarea a rămas fără succes. În ședința de hipnoză, „o pisică prietenoasă” i-a spus pacientei să își părăsească partenerul, iar pacienta a avut încredere că această decizie este corectă. Și-a părăsit partenerul la câteva zile după ședința de terapie, iar la ședința de urmărire de după un an a spus că nu regretă că a luat această decizie. O altă abordare utilizând abordarea ideodinamică este prezentată mai jos.

Intervenția 39. Luarea deciziilor

Inițial, sunt stabilite semnalele „da” și „nu”, apoi i se cere pacientului să spună dacă este pregătit pentru a lua decizia (pentru mai multe informații legate de semnalizarea ideomotorie, vezi capitolul 5). Dacă este furnizat un semnal „da”, terapeutul poate proceda astfel :

Concentrează-ți mintea asupra părăsirii partenerului, lăsându-ți mintea inconștientă să proceseze toate acele amintiri, experiențe, motivații și sentimente legate de această posibilitate... Nu trebuie să știi nimic la nivel conștient... Atunci când acest lucru se întâmplă, astfel încât să poți afla ceva din această experiență, una din mâinile tale se va ridica?... Este bine! Acum concentrează-te asupra posibilității de a sta cu partenerul... lăsându-ți mintea inconștientă să proceseze toate acele experiențe, amintiri, speranțe și aspirații legate de această posibilitate... Când știi că poți folosi aceste experiențe și lucruri învățate, se va ridica cealaltă mână? (*Acum pacientul are un model de reprezentare a celor două direcții de acțiune.*) Încearcă să lași mintea ta inconștientă să ia o decizie în legătură cu problema ta... Poate acum sau mai târziu, în cursul unui vis... sau într-o altă zi... sau, dacă se poate, chiar acum, una din mâinile tale se va ridica de la sine, ca recunoaștere a faptului că a fost luată decizia?... Așa este foarte bine!... Mintea ta inconștientă a indicat... etc.

Dacă nu se înregistrează mișcări ideodinamice, acest lucru poate indica faptul că pacientul nu este pregătit să ia decizia sau că există și alte soluții în afara celor propuse.

Mintea ta inconștientă poate continua să treacă în revistă toate experiențele legate de această problemă din viața ta, având încredere că poți învăța din acest proces de vindecare interioră... Atunci când ești pregătit să utilizezi aceste lucruri noi,

poți afla în cursul unui vis sau într-o altă zi ceea ce ai nevoie să în legătură cu această relație din viața ta... Vei fi surprins atunci când acest lucru se întâmplă... mai devreme sau mai târziu... Poate în noaptea aceasta ori poate după această săptămână sau în următoarea... Atunci când ne vom întâlni la următoarea ședință de terapie, vei avea ceva important să îmi spui?

Cele două cazuri descrise mai jos reprezintă o îmbinare a abordărilor strategice și dinamice și ilustrează o serie de tehnici hipnoterapeutice pentru gestionarea fobiilor generale interpersonale și sociale, precum și a fobiilor specifice (de exemplu, fobia de lift, de înălțime sau de animale).

Studiul de caz 2. Fobia de lift

Pacienta era Sonia, o studentă la psihologie de 22 de ani, din Portugalia, care s-a oferit voluntar pentru un curs de hipnoză pe care l-a urmat în Finlanda. Nu avea experiență în privința hipnozei, în afară de implicarea într-un grup de hipnoză ceva mai devreme în timpul cursului. Un scurt interviu a scos la iveală următoarele informații: îi era teamă dintotdeauna să folosească liftul, iar acest lucru prezenta multe inconveniente pentru ea. Întotdeauna folosea treptele chiar și atunci când era vorba despre multe etaje de urcat. În situațiile când Sonia a fost obligată să ia liftul, a avut emoții considerabile, a plâns și a trăit o teamă puternică, care a durat ceva vreme după eveniment. Nu mai fusese tratată pentru această problemă. I s-a explicat că are resursele pentru rezolvarea problemei și că la finalul ședinței de terapie va putea lua liftul pentru a merge la parterul clădirii. Terapeutul a menționat de asemenea că tratase cu succes o altă studentă din Portugalia de la aceeași universitate care avusese o problemă similară, iar Sonia putea înregistra aceeași reușită.

Explorarea ideodinamică

A fost luată decizia de explorare ideodinamică, împreună cu întărirea eului și stabilirea scopurilor, așa cum a fost subliniat în capitolul 4. Inițial au fost stabilite semnalele degetelor „da” și „nu”, iar Soniei i s-a cerut să se imagineze privind problema pe un ecran de televizor (pentru a crește disocierea, astfel încât orice reacții negative să fie evitate):

Te vezi văzând această problemă pe un ecran de televizor... Anunță-mă dând din cap dacă acest lucru se întâmplă... Poți trăi senzații, gânduri și sentimente în timp ce faci acest lucru, dar ele vor fi minime și nu te vor deranja prea mult... Atunci când știi că ai resursele pentru a rezolva această problemă din viața ta, mintea ta inconștientă va mișca unul dintre degetele tale?

Un deget s-a mișcat, iar acesta a fost desemnat ca fiind degetul „da”. Terapeutul a continuat:

Te vezi încă o dată având problema pe ecranul televizorului și, atunci când știi că poți spune nu acestei probleme, se va mișca un alt deget?

Un deget s-a mișcat, iar acesta a fost desemnat ca fiind degetul „nu”.

Te vezi încă o dată având problema pe ecranul televizorului... Te rog să întrebi mintea ta inconștientă dacă există vreo experiență despre care trebuie să știi pentru a-ți rezolva problema.

S-a mișcat degetul „da”, indicând că așa era.

Lasă mintea ta inconștientă să găsească o experiență din viața ta care este legată de problemă. Atunci când aceasta este

găsită, mintea ta inconștientă va mișca degetul da?... Chiar dacă nu știi în mod conștient care este această experiență.

Degetul „da” s-a ridicat din nou, indicând că acea experiență a fost găsită.

Iar acum lasă mintea ta inconștientă să treacă prin această experiență de la început până la sfârșit... Atunci când această etapă s-a încheiat, se va ridica degetul tău „nu”.

S-a ridicat degetul „nu”.

Te vezi din nou pe ecranul televizorului. Există și o altă experiență pe care trebuie să o știi, fie în mod conștient, fie inconștient, ca să intri în viitor fără această problemă?

După un timp, s-a ridicat degetul „da”.

Chestionarea recursivă cu ajutorul degetului și progresia

Procedura detaliată mai sus, implicând accesul la un eveniment cauzal, a fost apoi repetată. Următoarea dată când Sonia a fost întrebată dacă mai erau și alte evenimente despre care trebuia să știe, a apărut răspunsul „nu”. Apoi a fost rugată să pășească spre viitor cu soluțiile inconștiente pe care le-a descoperit și să se vadă pe ecranul televizorului intrând într-un lift, în timp ce se simte calmă și confortabil. A făcut acest lucru fără dificultate. În timp ce făcea acest lucru, terapeutul a relatat grupului detalii legate de un caz similar, ce implica o femeie tânără din aceeași universitate. Li s-a spus că, imediat după ședința de terapie, studenta a luat liftul și a mers sus și jos de mai multe

ori fără probleme. Aceste comentarii nu erau în mod special direcționate către Sonia, dar în mod inevitabil ea ascultase povestea (această abordare este similară cu tehnica „prietenul meu John”, folosită de Erickson și descrisă în capitolul 3).

Testarea realității

Apoi terapeutul a însoțit-o pe Sonia până la liftul de pe coridorul unde se afla sala de curs și ea a putut intra în lift și a reușit să meargă sus și în jos cu liftul fără probleme majore. A existat bineînțeles o oarecare teamă inițială, dar aceasta a fost curând urmată de surpriza faptului că ședința de terapie a fost atât de eficace. Apoi a fost rugată să scrie câteva comentarii despre impresiile ei din timpul ședinței de terapie, comentarii ce sunt reproduse mai jos :

Înainte de ședința de hipnoterapie, încercasem de multe ori în cursul ultimilor doi ani să intru în lift, dar fără succes. Nu știu de ce am această problemă, deși explicația mea este aceea că, atunci când eram copil, obișnuiam să mă uit la filme de groază, iar aceasta ar putea avea ceva de-a face cu problema mea! Nu merg niciodată cu liftul, chiar dacă trebuie să urc până la etajul 12 al unei clădiri. Întotdeauna urc pe scări. Adesea, acesta este un mare inconvenient, dar simt că nu am de ales. Încă de când am venit în Finlanda ca studentă, am încercat de câteva ori să mă urc în lift împreună cu câte un prieten. Dar, de fiecare dată când am făcut asta, corpul meu a început să tremure și am intrat în panică. Când am început cursul de hipnoză la universitate, am așteptat cu nerăbdare să învăț câte ceva, dar nu m-am gândit niciodată că voi încerca hipnoza. Un lucru curios este acela că, în cursul acestei săptămâni, m-am gândit să iau legătura cu un psiholog care să mă ajute să îmi rezolv problema. Primul curs de hipnoză la care am participat mi-a creat o impresie foarte favorabilă. În ziua următoare, o studentă care avea fobie

de păianjeni s-a oferit voluntară pentru a lucra cu problema ei în fața întregii clase. Terapia ei a părut să meargă bine, și ea a prezentat o serie de comportamente ideodinamice excelente și a putut să se vadă în viitor fără problemă. În acel moment, am simțit că puteam face același lucru, așa că m-am oferit voluntară. În timpul hipnoterapiei am devenit destul de emoționată și aveam lacrimi în ochi. Am fost fericită să fiu „vindecată”, dar n-am crezut cu adevărat că acest lucru se poate întâmpla. La sfârșitul ședinței de terapie m-am simțit cu adevărat foarte bine, iar terapeutul m-a invitat să iau liftul, care era foarte aproape. Mi-era încă un pic teamă, dar am făcut-o. De două săptămâni folosesc liftul universității fără nici o problemă și ieri am mers cu liftul într-un magazin mare. Mă aștept ca în viitor să nu mai am nici un fel de probleme.

Ședința de urmărire

Ședința de urmărire la interval de trei luni a arătat faptul că Sonia a continuat să meargă cu liftul fără prea mult stres, deși prefera să fie însoțită de prieteni. A scris un raport personal despre experiența ei, iar ultimele cuvinte din acest raport au fost: „Acum nu mai am fobii și sunt liberă să fac ce vreau în viață, deoarece nu se va mai întâmpla nimic rău!”. Ședințele de urmărire de la 6 și 12 luni au arătat că, din cauza slujbei pe care o avea, Sonia mergea zilnic cu liftul fără nici un fel de problemă.

Studiul de caz 3. Tratatment într-o ședință pentru fobia de dentist

În faza inițială, a fost important de stabilit o alianță și o relație caldă bazată pe încredere. Alte sarcini, care au fost deja discutate în capitolul 3, au inclus:

- anamneza;
- definirea problemei;
- definirea scopului terapeutic, care trebuia să fie realist și pragmatic pentru pacient;
- promovarea speranței pentru viitor prin utilizarea limbajului pozitiv și optimist.

S-a stabilit că pacienta (Cristina) avea o fobie de dentist. Oricând se gândea să meargă la dentist și mai ales dacă se gândea la scaunul stomatologic, avea un puternic sentiment de anxietate, cu modificări fiziologice concomitente. În plus, Cristinei îi era teamă de anestezia locală, care s-ar fi putut să nu fie suficientă pentru gestionarea durerii, caz în care ar fi putut fi necesar un analgezic suplimentar. A fost negociat scopul terapeutic și am căzut de acord că un scop realist pentru Cristina era acela de a putea merge la dentist fără să aibă aceste sentimente negative puternice.

Demonstrația de hipnoză

Pregătirea pentru ședința de terapie principală a constatat mai ales în demonstrația de hipnoză și stabilirea răspunsurilor ideodinamice prin utilizarea degetului. Cristina a fost informată în legătură cu procedura hipnotică și i s-a dat ocazia să pună întrebări. Această procedură a sprijinit depășirea rezistențelor și a reîntărit dezvoltarea alianței terapeutice.

Fii conștientă de respirația ta, imaginându-ți că, pe măsură ce expiri, dai afară tot stresul rezidual din corpul tău... Data viitoare când inspiri, inspiră profund... ține-ți respirația puțin... Pe măsură ce expiri, întregul tău corp devine complet amorțit și relaxat... ca o păpușă de cârpă... Nu trebuie să faci nimic acum, decât să te

relaxezi și să te bucuri de aceste sentimente de pace și de aceste senzații... Lasă-ți corpul și mintea să plutească... Pe măsură ce continui să te bucuri de aceste senzații de plutire, poți observa cum una din mâinile tale devine mai ușoară... tot mai ușoară... plutind în aer pe măsură ce senzațiile se topesc treptat, lăsând ca mâna ta să devină în final complet amorțită... Atunci când vrei, un deget de la cealaltă mână se mișcă de la sine... și nu trebuie să faci nimic, decât să lași ca acest lucru să se întâmple.

S-a mișcat un deget de la mâna stângă a Cristinei, indicând că mâna ei dreaptă era acum amorțită. Apoi i s-a cerut să lase mâna și brațul ei să plutească în jos, până când a atins piciorul, deschizând ochii pentru a se uita la braț și păstrând senzațiile. Apoi Cristinei i s-a spus că, dacă putea face astfel încât mâna să amortească, înseamnă că putea face același lucru și cu gura atunci când se relaxează pe scaunul stomatologic.

Peste câteva momente, când voi număra de la unu la șase, se vor întoarce senzațiile normale în mâna și brațul tău?... Știi că ai capacitatea și resursele interioare pentru a lăsa brațul să devină din ce în ce mai ușor și să pierzi aceste senzații... o capacitate pe care o poți folosi pentru a te descurca cu problemele la dentist... dar utilizează această resursă numai atunci când ești în siguranță și când este potrivit să o folosești pentru sănătatea și starea ta de bine.

A urmat o scurtă discuție legată de ședința de hipnoză. Apoi, Cristina a fost rugată să își privească mâna și să observe ce s-a întâmplat. Mâna Cristinei începuse să se ridice în aer și Cristina a privit-o cu mare surprindere! De asemenea, a permis mâinii să amortească, demonstrând astfel că poate controla în întregime fenomenul. A numărat singură de la unu la șase și, când a ajuns la șase, senzațiile normale au revenit.

Mai departe, hipnoza a fost indusă astfel :

Închide ochii și mergi înapoi la acea experiență de care te-ai bucurat cu câteva momente în urmă, lasă să se întâmple acest lucru... Nu trebuie să faci nimic ca să se întâmple... Ai o amintire în mintea ta inconștientă și în corpul tău legat de tot ceea ce s-a întâmplat... Iar acum lasă mintea ta inconștientă să meargă înapoi la un moment din viața ta în care te-ai simțit sigură pe tine, aveai sentimente pozitive legat de tine... Lasă aceste sentimente asociate să devină din ce în ce mai puternice... Știi că la un nivel sau altul poți folosi aceste resurse pozitive pentru a te descurca cu problemele actuale și viitoare din viața ta.

Semnalizarea ideodinamică

Această procedură de întărire a eului a fost legată de dezvoltarea semnalelor ideodinamice cu folosirea degetului.

Atunci când mintea ta inconștientă știe că are resursele pentru a-ți permite să te simți așa cum te simți acum oricând dorești, chiar și atunci când ești așezată pe scaunul stomatologic, mintea ta inconștientă va mișca unul dintre degetele tale... Poate de la mâna dreaptă... sau poate de la mâna stângă... Așteaptă doar să vezi care se va ridica primul. Te întrebi care deget se mișcă primul de la sine... Nu trebuie să faci nimic pentru ca acest lucru să se întâmple... Poți observa la început o senzație în vârful degetului sau pe dosul palmei... o modalitate pentru a pregăti degetul să se miște... mai devreme sau mai târziu (*după scurt timp, un deget s-a ridicat*). Și acest deget poate fi degetul tău „da”, astfel că mintea ta inconștientă poate comunica un „da” prin mișcarea acestui deget atunci când este potrivit să facă acest lucru mai târziu în timpul ședinței de terapie.

După stabilirea semnalului „da”, a fost stabilit semnalul „nu” cu ajutorul degetului astfel :

Și acum, Cristina, te rog să îți imaginezi că ai în fața ta un televizor ce are toate butoanele obișnuite pentru sunet și luminozitate, precum și butoane de control al sentimentelor. Și poți roti aceste butoane de control al sentimentelor, astfel încât sentimentele pe care le trăiești să crească sau să scadă în intensitate. Pe masă există o casetă video care se numește „Vizita mea la dentist”... Te rog să te uiți la această casetă, dar, înainte de a o face, lasă-te să devii tot mai calmă și mai relaxată... și acum urmărești caseta fiind calmă și relaxată, știind că te poți simți astfel și în viitor... Și atunci când mintea ta inconștientă știe că poate spune nu problemei pentru care te afli aici, atunci un alt deget se va mișca, poate de la aceeași mână sau poate de la cealaltă... Așteaptă să se întâmple acest lucru... așa este foarte bine!

Terapeutul a așteptat până când s-a mișcat un alt deget, și acesta a fost desemnat ca fiind degetul „nu”.

Imaginarea datei „vindecării”

Astfel au fost stabilite semnalele ideodinamice în contextul întăririi eului. Acestea au fost apoi folosite pentru chestionarea ideodinamică, astfel încât să permită pacientei să acceseze experiențele care erau dinamic legate de fobia de dentist. Aceste experiențe au fost accesate și trecute în revistă „inconștient” și recursiv, până când a apărut semnalul „nu”, moment în care pacienta a fost întrebată :

Mai există și un alt eveniment despre care este nevoie să știi, astfel încât mintea ta inconștientă să se poată îndrepta spre viitor fără această problemă?

Atunci când a fost confirmat semnalul „da”, terapeutul a continuat :

Lasă degetul „da” să continue să se ridice, luând cu el mâna stângă și antebrațul... lasă-ți mâna să plutească spre viitor și, atunci când mâna ta atinge umărul, te afli pe scaunul stomatologic într-un moment viitor știind, că poți acum că știi care este problema și motivele de bază, să trăiești acest sentiment de calm, relaxare și confort... Lasă această mână să scrie data la care poți face acest lucru... Scrie data pe tabla imaginară din fața ta. Iar acum lași mâna să cadă înapoi pe piciorul tău, atât de lent cât este necesar, știind că deja ai soluția la problema pentru care ai venit azi aici.

Cristina a fost hipnotizată prin numărarea de la unu la șase. Imaginându-și o „dată a vindecării”, Cristina a indicat că a identificat sursele imediate de rezistență. A fost accesată de asemenea capacitatea minții inconștiente de a găsi modalități de atingere a scopului terapeutic, continuând astfel cu „limbajul optimist” folosit pe parcursul procedurii terapeutice.

Pacing-ul viitor

Cristina a fost rugată din nou să închidă ochii și :

Mergi în interiorul minții tale și găsește acele sentimente bune pe care le-ai trăit acum câteva momente. Te poate ajuta să împreunezi degetul mare cu arătătorul, lăsând aceste sentimente bune să îți umple întregul corp și să difuzeze în gura și gingiile tale... În scaunul stomatologic într-un anumit moment viitor... Știi că injecția cu analgezic va funcționa optim și eficient... Pe măsură ce dentistul lucrează la dinții tăi și ești conștientă de senzațiile ușoare, dar care nu sunt deloc neplăcute... Atunci când dentistul a terminat de lucrat, îți poți clăti gura, înlăturând amorteala, îmborsăindu-ți gura și simțindu-te confortabil.

Tema pentru acasă

Cristinei i s-a spus că este esențial să continue cu terapia în confortul propriei case. I s-a dat următoarea sugestie :

Uită-te la mâna ta și observă ce se întâmplă (*mâna Cristinei a început să se ridice de pe piciorul ei*)... În vreme ce mâna plutește în sus, lasă-te să plutești în scaunul dentistului data următoare când mergi la el, astfel încât să iei cu tine în viitor toate sentimentele pozitive și confortabile... Lasă dentistul să facă ceea ce este nevoie în timp ce trăiești acest lucru în cel mai confortabil mod posibil... Știi că ai resursele pentru a face acest lucru acum. Și te poate ajuta să îți împreunezi degetul mare și cel arătător și să le freci ușor unul de altul, până când accesezi acele sentimente confortabile atunci când este mai bine pentru tine în viitor. Acum numeri de la unu la șase... simțindu-te din ce în ce mai ușoară, pe măsură ce faci acest lucru... Când ajungi la șase, pleoapele se deschid... Te simți calmă și relaxată... Știi că ai deprins o abilitate valoroasă pentru a-ți face viața mai confortabilă, pe care o vei folosi atunci când este adecvat și ești în siguranță făcând acest lucru. Și poți face asta pentru tine acasă sau oriunde este potrivit pentru tine.

Cristina a repetat apoi cu succes exercițiul de una singură.

Ședința de urmărire la șase luni a relevat faptul că ea a fost de două ori la dentist fără să mai experimenteze probleme profunde nici în cursul consultației și nici înainte.

Rezumat

Abordarea folosită cu Cristina demonstrează clar un număr de aspecte-cheie din abordarea hipnoterapeutică integrativă. În primul rând, a fost stabilită o relație colaborativă în faza inițială

a terapiei. A fost realizată o scurtă demonstrație și explicare a hipnozei, pacienta având ocazia să adreseze întrebări, gestionând eficient orice rezistență reziduală la procesul hipnotic. Au fost apoi stabilite semnalele ideodinamice cu ajutorul degetelor, prin folosirea metodelor de vizualizare și întărire a eului, urmate de chestionarea recursivă ideodinamică cu ajutorul degetelor. Pacienta a fost încurajată să acceseze și să treacă în revistă evenimentele legate de problema definită în timp ce se menținea un nivel adecvat de disociere. Atunci când mintea inconștientă a indicat că pacienta poate păși către viitor fără această problemă, a apărut o progresie (levitația brațului) cu imaginarea datei rezolvării problemei semnalizată ideomotor (scrierea automată). Pacienta a fost apoi capabilă de inducerea „autohipnozei” și imaginarea unei vizite la dentist, rămânând calmă și simțindu-se confortabil. În cursul procedurii, terapeutul și pacienta au colaborat, utilizând propriile experiențe trecute și resursele vindecătoare ale Cristinei.

Renunțarea la fumat

Cercetările sugerează că există o legătură între stres și fumat în termeni de inițiere a fumatului, recădere și numărul de țigări fumate (Wills, 1985 ; Lichtenstein, Weiss, Hitchcock, 1986 ; Carey, Kalra, Carey, Halperin, Richard, 1993). În mod paradoxal, cercetările arată de asemenea că, prin creșterea numărului de țigări fumate, se poate reduce eficient stresul (Perkins, Grobe, Stiller, Fonte, Goettler, 1992). Fumatul creează o dependență puternică și este un obicei la care este dificil de renunțat. Persoana începe să fumeze din diverse motive, adesea în adolescență. Fumătorii afirmă deseori că o țigară reduce stresul, deși din punct de vedere fiziologic ea acționează ca un stresor

asupra corpului. S-au făcut la ora actuală numeroase studii privind relația dintre stres și dependență (Gottheil, 1987), precum și dintre stres, fumat și expresia genetică (Siegfried, Bourdeau, Davis, Luketich, Shriver, 2000). În ciuda naturii dependente a fumatului și a riscului de creștere în greutate în timpul încercărilor de renunțare la fumat, există în prezent o serie de studii care sugerează faptul că hipnoza este o metodă eficientă pentru renunțarea la fumat (Pederson, Scrimjeour, Lefcoe, 1975; Spiegel, Spiegel, 1978/2004; Cornwell, Burrows, McMurray, 1981; Frank, Umlauf, Wonderlich, Ashkanazi, 1986; Williams, Hall, 1988; Green, 1996; Bayot, Capafons, 1997).

Programul pentru renunțarea la fumat (Lynn, Neufeld, Rhue, Matorin, 1994)

Lynn și colaboratorii săi au descoperit că ratele de abținere obținute cu ajutorul hipnozei variază între 14 și 61%. Această variație largă nu este surprinzătoare, dat fiind că protocoalele hipnotice variază foarte mult de la un clinician la altul. Eficacitatea abordărilor hipnotice nu pare să fie mai mare sau mai mică decât a altor tratamente. Lynn și colaboratorii săi au realizat un program multidimensional pentru renunțarea la fumat centrat pe abilitățile cognitiv-comportamentale și utilizarea hipnozei. Green (1999, pp. 253-264) prezintă dovezi clare legate de tratamentul pentru renunțarea la fumat la un bărbat de 34 de ani, cu folosirea acestui protocol. Aceasta demonstrează felul în care hipnoza poate fi utilizată ca strategie secundară într-un cadru cognitiv-comportamental. Această abordare a inclus următoarele aspecte:

1. Educația legată de pericolele fumatului: riscurile pentru sănătate au fost explicate odată cu prezentarea câtorva statistici legate de boli. De asemenea, a fost explicat felul în care

oamenii deprind obiceiurile legate de fumat, prin reînțărirea pozitivă, ca urmare a efectelor nicotinei; de exemplu, scăderea anxietății și creșterea excitației. În acest context, pacientul a mai fost întrebat despre prima sa experiență legată de fumat.

2. Sublinierea importanței motivației și suportului social: studiile din trecut au arătat că motivația crescută este un factor important pentru succesul tratamentului (Perry, Mullin, 1975; Perry, Gelfand, Marcovitch, 1979). Pacientul a fost rugat de asemenea să coteze propriul nivel de motivație pe o scală cu cinci puncte. A fost instruit să își informeze familia, prietenii și colegii de serviciu că dorește să se lase de fumat. A fost semnat un contract ce reflecta implicarea sa, în prezența unei „persoane semnificative”. A fost de asemenea încurajat să scrie propria motivație pe cartonașe pe care să le poată ține asupra sa și să le plaseze prin casă, la locul de muncă și în mașină. Apoi, pacientului i s-a cerut să vizualizeze o „șosea” pe care se putea vedea ca nefumător:

Gândește-te pentru o clipă ce ar însemna să fii nefumător... acum vizualizează două șosele: o șosea pe care te poți imagina în viitor dacă te lași de fumat... gândește-te la beneficiile sociale și la cele legate de sănătate. Iar acum imaginează-ți un drum pe care te vezi în viitor, dacă nu ești cu adevărat motivat să te lași de fumat... Alegerea este a ta. Pe care drum vei merge? Te gândești sau te temi că nu te vei putea lăsa de fumat?

Dacă ți s-ar promite un milion de dolari ca să te abții timp de un an, crezi că ai putea face asta? Întrebarea pe care doresc să ți-o adresez este dacă sănătatea ta valorează un milion de dolari. Închide ochii acum și spune-ți care sunt motivele pentru care trebuie să te lași de fumat... Te vezi mergând pe drumul sănătății și stării de bine ca nefumător (Lynn et al., 1994, p. 562).

Bărbatul a mai fost rugat să identifice „declanșatorii” comportamentului problematic, precum și să realizeze strategii pentru a gestiona impulsul de a fuma. A fost încurajat să restructureze atitudinea sa față de fumat pentru a rezista impulsurilor de a repeta declarațiile pozitive adaptative; de exemplu, „Sunt conștient de dorința de a fuma, dar nu trebuie să fumez; sunt nefumător”.

1. Utilizarea automonitorizării, autogestionării și autoreînțării: pacientul a monitorizat numărul de țigări fumate între ședințele de terapie, care au centrat atenția asupra comportamentului problematic și au lărgit conștientizarea factorilor declanșatori.
2. Încercarea de a minimaliza creșterea în greutate ca efect secundar al tratamentului: pacientul a fost încurajat să se angajeze în exerciții fizice regulate, întrucât acestea sunt incompatibile cu fumatul (Marlatt, Gordon, 1985) și în același timp reduc stresul fiziologic și psihologic. Exercițiul, combinat cu mesele echilibrate sunt metode simple și eficiente de minimalizare a oricărei creșteri în greutate asociate.
3. Integrarea hipnozei: pacientul a fost instruit că trebuie să își folosească imaginația și capacitățile de vizualizare și să fie deschis la sugestii pentru a maximaliza efectele tratamentului. Hipnoza a fost prezentată ca un instrument puternic, ce poate promova schimbările pozitive în privința imaginii de sine și care ajută la atingerea scopului de renunțare la fumat. Prima parte a intervenției hipnotice a fost preluată după programul de modificare a hipnotizabilității a lui Gorassini și Spanos (1999) și a inclus următoarele:
 - închiderea ochilor și imaginarea faptului că stă pe o scară în spirală;

- coboară încet pe scări și intră tot mai mult în transa hipnotică, ducând la o stare de relaxare, calm și încredere;
- sugestii legate de creșterea receptivității la idei și deschiderea față de imagini;
- invitația de a ancora sentimentele pozitive prin repetarea unui cuvânt-cheie sau a unei fraze, precum și frecarea degetului mare de arătător;
- utilizarea unei tactici de relaxare controlată de indicii oricând apare dorința de a fuma sau când se simte relaxat, pentru a vizualiza că este nefumător;
- practicarea autohipnozei, vizualizării și a relaxării controlate de indicii, astfel încât strategiile să devină automate.

A doua ședință de hipnoză a fost o intervenție modificată după protocolul de renunțare la fumat al lui Lynn și colaboratorilor săi (pp. 567-570). Aceasta implica un exercițiu scurt de relaxare musculară progresivă urmat de aprofundare. Apoi pacientul a fost informat că la nivelul „cel mai profund” al ființei sale se poate redefini ca nefumător. A vizualizat faptul că scrie pe o tablă toate avantajele renunțatului la fumat, care ar permite corpului său să devină rezistent la boli și să se vindece după toți anii de fumat. Pacientului i-a fost sugerat că mintea sa conștientă și cea inconștientă colaborează acum pentru a-l ajuta să devină nefumător. Atunci când s-a simțit încrezător în faptul că acest lucru se va întâmpla, a fost rugat să ancoreze aceste sentimente și să se vizualizeze atingându-și acest scop. A fost de acord să practice autohipnoza de cel puțin două ori pe zi. La chestionarele care i-au fost administrate peste 6 luni și peste 12 luni, pacientul a spus că se lăsase complet de fumat.

Strategii cognitive

Spiegel și Spiegel (1978/2004) au predat pacienților strategii cognitive care modifică perspectiva asupra comportamentului fumatului (de exemplu, restructurarea) întărite de hipnoză. Principiul restructurării în cadrul hipnozei este de a ajuta pacientul să dezvolte o strategie pentru schimbare care mai degrabă afirmă experiența, decât se luptă cu ea. În loc să se concentreze asupra renunțării la fumat în sine, pacientul se concentrează asupra unei implicări mai mari de a-și ajuta corpul să rămână sănătos prin concentrarea asupra a trei aspecte critice în timpul hipnozei :

Primul punct: pentru corpul tău, fumatul este o otrăvă. Ești format dintr-un număr de componente, dintre care cel mai important este corpul. Fumatul nu este o otrăvă pentru tine, ci pentru corpul tău.

Al doilea punct: nu poți trăi fără corpul tău. Corpul tău este o uzină fizică prețioasă, prin intermediul căreia îți trăiești viața. Al treilea punct: în funcție de cât vrei să trăiești, ți datorezi corpului respect și protecție.

Aceasta este modalitatea de a recunoaște natura fragilă și valoroasă a corpului tău și în același timp felul de a te privi ca deținător al corpului tău. De fapt, ești deținătorul corpului tău. Atunci când te implici pentru a-ți respecta corpul, ai în tine puterea de a fi fumat ultima țigară... Consecința implicării tale: este natural să îți protejezi corpul împotriva otrăvii reprezentate de continuarea fumatului... Observă că, atunci când faci promisiunea de a-ți respecta corpul, te angajezi să respecti reguli de alimentație ce reflectă respectul față de corpul tău... Dacă dorești, poți folosi același exercițiu pentru a-ți menține greutatea ideală în timp ce îți protejezi corpul de otrava fumatului... Exercițiul este următorul: stai pe scaun sau întins și numeri până la trei... La unu privești în sus spre sprâncenele tale; la

doi închizi ochii și respiri profund; la trei expiri, lași ochii să se relaxeze și lași corpul să plutească. Pe măsură ce simți cum plutești, lași o mână să se simtă ca un balon și plutești acolo unde se află mâna ta acum. Atunci când ajunge în această poziție, ea devine semnalul prin care intri în starea de meditație. Iar în această stare de meditație te concentrezi asupra acestor trei puncte critice:

1. pentru corpul tău, și nu pentru tine, fumatul este o otrăvă;
2. ai nevoie de corpul tău ca să trăiești;
3. datorezi corpului tău respect și atenție.

Reflectează asupra a ceea ce înseamnă aceste lucruri, apoi intră în această stare de concentrare numită „autohipnoză” numărând înapoi. Acum, trei, ești pregătit. Doi, cu ochii închizi, rostogolește-ți ochii spre spate... și unu, lasă ochii să se deschidă încet. Atunci când ochii tăi sunt din nou atenți, strânge pumnul în timp ce mâna este ridicată; pe măsură ce deschizi încet pumnul, senzațiile și controlul normal se reîntorc. Acesta este finalul exercițiului, dar reții sentimentul plutirii (p. 212).

Spiegel și Spiegel sugerează că o strategie de restructurare similară poate fi aplicată și pentru alte probleme, cum este mâncatul în exces și gestionarea durerii. Autorul a utilizat cu succes această abordare cu o pacientă bulimică (vezi studiul de caz 6, ședința 1, din capitolul 8).

Un caz prezentat de Rossi (2002)

Rossi prezintă cazul unui profesor foarte stresat care dorea să se lase de fumat. A fost administrat profilul de inducție hipnotică Spiegel (Spiegel, Spiegel, 1978/2004), pacientul având un scor înalt de hipnotizabilitate. În prima ședință de terapie, părea să trăiască o transă profundă, care a fost ratificată prin levitația brațului, amnezie și alte indicii comportamentale. Au

fost utilizate sugestii directe prin care s-a sugerat că dorește să fie un model de sănătate pentru copilul său, ceea ce a fost suficient pentru a-l motiva să se oprească din fumat după o ședință de terapie. În următoarea ședință, a spus că nu a mai fumat, dar dorea să fumeze. Această dorință de a fuma a fost însoțită de căscat și ochi înlăcrimați, precum și de afirmația: „Sunt foarte stresat și am nevoie să fumez”.

Aceste comportamente au fost recunoscute de Rossi ca ocazii de convertire a unui „sindrom de stres ultradian” într-un „răspuns de vindecare ultradian” (Rossi, Nimmons, 1991). Din perspectivă psihobiologică, căscatul sugera că începea să experimenteze „transa comună de fiecare zi” (Erickson, Rossi, 1976; Erickson, Rossi, Rossi, 1979). Rossi a început să faciliteze o inducție de transă naturalistă permisivă cu ajutorul cuvintelor:

Așa este bine, îți poți permite să iei o pauză confortabilă acum. Așa este foarte bine, relaxează-te și bucură-te de faptul că nu ai nimic de făcut acum în legătură cu stresul tău. Atunci când mintea ta interioară este pregătită să lase relaxarea să se aprofundeze, astfel încât să îndepărteze stresul și dorința de a fuma în timp ce te odihnești, vei observa cum ochii se închid în mod natural de la sine?

După aproximativ 12 minute de concentrare interioară, Rossi continuă:

Atunci când mintea ta conștientă și mintea ta inconștientă știu că pot continua să te lase să te bucuri de aceste perioade de odihnă și relaxare de câteva ori pe zi, astfel încât să nu mai trebuiască să trăiești stresul și dorința de fumat, vei reveni la starea de veghe revigorat și proaspăt?

Atunci când pacientul a deschis ochii, a spus că s-a văzut ținându-și copilul și simțindu-se mândru că nu fuma. A declarat

că dorința sa de fumat dispăruse. A fost încurajat să își aloce aceste „perioade ultradiene de odihnă vindecătoare” oricând simțea dorința de a fuma. Pacientul a început să ia aceste pauze în timpul pauzei de prânz, ceea ce l-a ajutat să nu mănânce în exces și să nu crească în greutate. Prin recadrarea nevoii sale de a fuma într-o nevoie de a avea un răspuns ultradian de vindecare, a putut reduce stresul și renunța la dependența de fumat.

Discuția de mai sus demonstrează că există multe modalități de utilizare a hipnozei în cadrul unui program de tratament. În multe dintre aceste exemple, hipnoza este folosită ca strategie secundară și facilitatoare a abordărilor primare (de exemplu, cognitiv-comportamentală, educație).

Disfuncții sexuale

Înainte de a aborda problemele sexuale, clinicianul trebuie să fie familiarizat cu aspectele fiziologice și medicale ale funcționării sexuale normale și patologice, amintindu-și că există și aspecte sociale și culturale importante ce trebuie luate în considerare în orice încercare de definire a „normalității” și „anormalității” în ceea ce privește sexualitatea. Disfuncțiile sexuale apar atunci când există o tulburare la nivelul oricăruia dintre cele patru stadii ale răspunsului sexual (dorința, excitația, orgasmul și rezolvarea), din cauza factorilor anatomici, fiziologici sau psihologici. Disfuncțiile sexuale pot dura întreaga viață sau pot apărea după o perioadă de funcționare sexuală normală. De asemenea, ele pot fi prezente în toate activitățile sexuale sau pot fi situaționale (de exemplu, un bărbat cu erecție în timpul masturbării, dar nu și în timpul actului sexual cu o parteneră).

Problemele psihosexuale

Există o serie de probleme psihosexuale uzuale (*Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor mentale : DSM-IV*, Asociația Americană de Psihiatrie, 1994 ; Watson, Davies, 1997). Ele pot fi definite ca incapacitatea de a ajunge la plăcere și satisfacție în activitatea sexuală și includ :

- inhibarea dorinței sexuale (deficit de fantezii sexuale și dorință a activității sexuale) ;
- aversiunea sexuală (aversiune extremă și evitarea oricărui contact genital cu partenerul) ;
- disfuncția erectilă la bărbat (incapacitatea de a obține sau menține erecția pentru actul sexual) ;
- tulburarea de excitație sexuală la femeie (incapacitatea de a obține sau menține o lubrifiere adecvată ca răspuns la excitația sexuală până la finalizarea activității sexuale) ;
- anorgasmia la femeie (întârzierea sau absența orgasmului după o fază de excitație normală) ;
- anorgasmia masculină (întârzierea sau absența orgasmului după o excitație normală în timpul activității sexuale) ;
- ejacularea precoce (ejacularea cu stimulare sexuală minimă înainte sau la scurt timp după penetrare și înainte ca persoana să dorească acest lucru) ;
- dispareunia (durere genitală recurentă sau persistentă, fie la femeie, fie la bărbat) ;
- vaginismul (spasmul involuntar al musculaturii vaginului, care interferează cu actul sexual).

Trebuie notat faptul că, pentru a pune un diagnostic, disfuncțiile prezentate mai sus trebuie să fie recurente și persistente. Înainte de presupunerea unei cauzalități psihologice,

trebuie exclusă posibilitatea unei baze organice a disfuncției sexuale.

Kaplan (1974) susține o teorie multicauzală a disfuncțiilor sexuale la mai multe nivele - intrapsihic, interpersonal și comportamental - și enumeră patru factori cu un rol important în apariția acestor tulburări :

- lipsa de informare sau ignoranța în ceea ce privește interacțiunile sociale și sexuale ;
- vina și anxietatea înconștientă legate de sex ;
- anxietatea de performanță, care este și cea mai frecventă cauză a disfuncției erectile și a disfuncțiilor fazei orgasmului ;
- eșecul partenerilor în a comunica unul cu celălalt despre sentimentele lor sexuale și comportamentele în care doresc să se angajeze.

Una dintre principalele bariere în calea performanței adecvate și a succesului o constituie stresul. Îngrijorarea privind performanța poate duce la impotență sau ejaculare precoce, iar eșecul repetat în timpul contactului sexual duce la anxietate și frustrare. La femei, conflictele înconștiente privind activitatea sexuală pot fi responsabile de vaginism, un spasm reflex involuntar al mușchilor vaginali și perineului care împiedică penetrarea. Cognițiile (gândurile) și dispoziția (emoțiile) modelează experiența persoanei în ceea ce privește excitația sexuală și comportamentul. Procesele atenționale sunt de asemenea importante : experiențe uzuale în a fi spectator, oamenii care se concentrează asupra propriei performanțe, așteptând adesea eșecul, mai degrabă decât asupra senzualității și a actului sexual. Durerea, ruminările și grijile distrag atenția. Emoțiile negative intense tind să reducă activitatea sexuală și performanța, dar asocierea nu este întotdeauna prezentă. În depresie, bucuria sexuală este adesea diminuată, dar ocazional este sporită ; și

comportamentul erotic preferat se poate modifica, devenind adesea mai pasiv, iar medicamentele pot afecta negativ răspunsul sexual.

Una dintre cele mai frecvente probleme sexuale este dorința sexuală inhibată, care afectează mai mult femeile decât bărbații. Libidoul scăzut este prezent la una din trei femei într-un anumit moment al vieții, însoțit adesea de sentimentul de inadecvare și anormalitate. Răspunsul obișnuit al psihosexologului este realizarea unui program pentru restaurarea sau creșterea libidoului femeii, deși cea mai adecvată abordare ar fi cea a reasigurării. Petrot (2005) concluzionează că modelul masculin al apetitului sexual a indus în eroare atât femeile, cât și psihosexologii. Autoarea susține că femeile încep acum să confrunte modelul masculin al nevoilor sexuale, ceea ce poate duce la un dezacord considerabil în cadrul cuplurilor. Aceasta este o altă situație care demonstrează clar felul în care comportamentele și, în consecință, intervențiile psihoterapeutice și medicale sunt în mod esențial definite politic și cultural. În manieră similară s-a postulat recent că variațiile funcționării orgasmului feminin pot fi rezultatul influențelor genetice mai degrabă decât a celor socioculturale (Dunn, Cherkas, Spector, 2005). Rezultatele au arătat existența unei influențe genetice semnificative, cu o ereditate estimată de 34 % pentru dificultățile de a atinge orgasmul în timpul contactului sexual și de 45 % pentru orgasmul din timpul masturbării.

Phillips și Frederick (1995) au sugerat faptul că disfuncția sexuală poate fi legată de repunerea în act traumatică interpersonală. Există multe dovezi ale afectării funcționării sexuale printre victimele abuzului sexual în copilărie, ale violului, violenței domestice și războaielor (Becker, Skinner, Abel, Cichon, 1986). Aceste aspecte pot include teama de sex, disfuncția excitației și scăderea satisfacției sexuale. Aspectele specifice

care trebuie explorate de terapeut includ : frecvența contactelor sexuale ; gradul de satisfacție ; nivelul excitației ; natura interacțiunilor sexuale ; gândurile, sentimentele și fanteziile care însoțesc excitația și orice alte griji pe care le-ar putea avea pacienții în legătură cu funcționarea lor sexuală. Una dintre principalele metode hipnoterapeutice folosite pentru gestionarea acestui tip de probleme este terapia stărilor eului, deși pot fi utilizate și alte metode hipnoanalitice discutate anterior (Watkins, Johnson, 1982 ; Phillips, Frederick, 1995).

Manualele standard oferă informații viabile despre funcționarea sexuală umană (Kaplan, 1974, 1979, 1988, 1995 ; Masters, Johnson, Kolodny, 1995 ; Charlton, Yalom, 1997 ; Leiblum, Rosen, 2000 ; Wincze, Carey, 2001 ; Kleinplatz, 2001 ; de asemenea www.sexology.cjb.net).

Hipnoza și problemele sexuale

Hipnoza a fost utilizată de mulți ani în tratamentul problemelor sexuale. Erickson și Kubie (1941) au prezentat primul caz cunoscut de tratare cu succes a dorinței sexuale inhibitate cu ajutorul hipnozei. Intervențiile hipnotice pentru disfuncțiile sexuale par să fie foarte promițătoare în psihoterapia psihosexuală (Aaroz, 2005), deși literatura de specialitate constă aproape în exclusivitate din studii de caz și rapoarte ale rezultatelor (Erickson, 1953 ; Cheek, LeCron, 1968 ; Erickson, 1973 ; Crasilneck, 1979, 1982 ; Beigel, 1980 ; Aaroz, 1980, 1982, 1985 ; Degun, Degun, 1982 ; Hammond, 1984, 1985 ; Zilbergeld, Hammond, 1988 ; Bakich, 1995 ; vezi de asemenea și www.hypnosis-research.org). Problemele sexuale pot fi gestionate prin autohipnoză, care ajută persoana să se relaxeze. Hipnoza poate fi de asemenea folosită pentru a

ajuta persoana în legătură cu imaginea corporală, vina, teama de sex și teama de întâlniri sexuale.

Frecvent, se pune foarte mult accentul pe aspectele legate de pacient ca individ în detrimentul factorilor de relație importanți. Hipnoza poate fi utilă în facilitarea interacțiunilor sănătoase cu partenerii și familia și în ceea ce privește o percepție mai sănătoasă a relației. Dacă relația dintre parteneri este proastă, aceasta nu va duce la dorință sexuală și, în consecință, se pot manifesta problemele sexuale. În contextul tratamentului problemelor sexuale, trebuie recunoscut faptul că hipnoza este adesea o strategie secundară sau facilitatoare ce sporește eficacitatea unei game de abordări psihoterapeutice; de exemplu, psihoterapia orientată pe *insight*, restructurarea cognitivă rațional-emoțională, desensibilizarea etc.

Hammond (1990a, pp. 350-352) prezintă câteva avantaje ale utilizării hipnozei în psihoterapia psihosexuală:

- Poate fi folosită în tratamentul pacientului în lipsa partenerului (cele mai multe rapoarte extinse după ședințe de urmărire referitoare la folosirea hipnozei în disfuncțiile sexuale au fost cele asupra pacienților cu disfuncție erectilă - Crasilneck, 1979, 1982).
- Permite explorarea rapidă și identificarea conflictelor aflate la baza disfuncției, a sentimentelor nerezolvate legate de evenimente trecute și a factorilor aflați în afara sferei conștiente. Aceste experiențe reprimite și sentimente asociate pot fi accesate și prelucrate la nivele inconștiente (prin folosirea semnalizării ideodinamice, de exemplu), minimalizând astfel problemele ce apar deseori dacă se folosesc metodele de „descoperire” din psihoterapia psihodinamică clasică.
- Învățarea autohipnozei poate da pacientului sentimentul de control și este o tehnică de gestionare a stresului. Aceasta poate furniza pacientului o metodă de reducere a anxietății

și decompresie, precum și de creștere a pasiunii sexuale prin imageria sexuală înainte de angajarea în actul sexual.

- Creșterea expectanțelor pentru a promova schimbarea personală. Hipnoza poate fi utilizată pentru a crește speranța, sentimentele de autoeficiență și încrederea că va apărea schimbarea. „Procedurile de ratificare a transei pot convinge pacienții de puterea propriei minți pentru a face o serie de lucruri la nivel inconștient și fără să încerce sau să dorească acest lucru” (de exemplu, atunci când brațul pacientului se ridică involuntar). Adesea, pacienții sunt convingși și de faptul că hipnoza îi poate ajuta și cu alte probleme; atunci când un ac este trecut fără să provoace durere printr-un pliu al pielii de pe dosul mâinii pacientului a cărui mână a fost „anesteziată în mânășă”, pacienții sunt convingși că au mai mult potențial decât au realizat până atunci și că poate mintea lor este suficient de puternică pentru trezirea dorinței sexuale, pentru a facilita orgasmul sau a crea erecția.
- Permite utilizarea unei varietăți de tehnici pentru modificarea emoțiilor problematice și creșterea stărilor emoționale dorite. Tehnicile de imagerie simbolică permit adesea pacienților să elibereze sentimentele „depozitate”, cum sunt furia și resentimentele.
- Întărirea eului poate îmbunătăți sentimentul de control și stima de sine. Regresia hipnotică de vârstă poate readuce la viață amintiri care ajută la recapturarea și redobândirea sentimentelor sexuale pozitive și a afecțiunii.
- Hipnoza și autohipnoza pot ajuta la concentrarea atenției și la creșterea conștientizării senzoriale, facilitând astfel creșterea excitației și plăcerii.
- Poate ajuta la elucidarea proceselor interne (cognitive, imagerie), care sunt imposibil de observat și dificil de explicat numai prin discuții.

- Poate realiza o evaluare a experiențelor negative și pozitive din timpul terapiei (de exemplu, angajarea în teme pentru acasă, cum este centrarea pe senzații).

Abordări hipnotice

Hipnoanaliza

Scopurile hipnoanalizei în psihoterapia psihosexuală sunt :

- să descopere conflictele inconștiente ;
- să elibereze temerile care inhibă excitația sexuală ;
- să restructureze asocierile și orientarea către obiectele sexuale ;
- să disipeze identificările inhibitorii ;
- să întărească eul.

Există o serie de rapoarte legate de utilizarea abordărilor hipnoanalitice în gestionarea problemelor sexuale, incluzând : regresia hipnotică de vârstă (Wijesinghee, 1977), analiza viselor (Degun, Degun, 1988), ventilarea sentimentelor negative reprimite (Levit, 1971). Rossi și Cheek (1988) sugerează că o combinație de hipnoză ușoară cu utilizarea inconștientului, mișcări simbolice sau răspunsuri ideodinamice permite accesul rapid la informațiile semnificative și rezolvarea rapidă și productivă a disfuncțiilor sexuale în cadrul a trei ședințe de terapie cu durată de câte două ore” (p. 346).

Îndepărtarea directă a simptomului

Au fost realizate mai multe studii ce implică îndepărtarea directă a simptomului. De exemplu :

- vizualizarea întâlnirilor sexuale cu sugerarea îmbunătățirii performanței sexuale (Scheck, 1970) ;

- reamintirea hipnotică a experiențelor sexuale pozitive din trecut, împreună cu distorsiunea hipnotică a timpului pentru prelungirea plăcerii (Mirowitz, 1966) ;
- imageria pozitivă a contactului sexual finalizat cu succes în combinație cu declarațiile pozitive despre sine (Cheek, 1976) ;
- sugestia catalepsiei (vezi studiul de caz 4, ședința 3).

Abordările indirecte

Hammond (1990a) descrie o serie de metafore și abordări prin imagerie ghidată care pot fi folosite ca bază de lucru în terapia problemelor sexuale. De exemplu :

- „tehnica controlului principal” (pentru dorința sexuală inhibată, inhibiția ejaculării, disfuncția orgasmică, disfuncția erectilă și dependențele sexuale) ;
- „timiditatea urinării” (o metaforă scurtă ce ilustrează faptul că răspunsurile sexuale sunt automate și inconștiente) ;
- „ieșitul în oraș la cină” (care facilitează salivația și lubrifierea) ; umezirea și lubrifierea pot fi de asemenea obținute prin facilitarea răspunsurilor ideosenzoriale ;
- „transpirația într-o zi călduroasă” (utilă pentru femeile care au probleme cu excitația sexuală și mai ales cu lubrifierea vaginală) ;
- imageria ghidată și fantezia erotică, în care pacientul este spectator (vezi studiul de caz 4, ședința 4) ;
- inducerea viselor erotice (vezi studiul de caz 4, ședința 5).

Am utilizat imageria ghidată pentru disfuncția orgasmică și vaginism. Metafora tufei de trandafiri este un bun exemplu în acest sens.

Intervenția 40. Metafora tufei de trandafiri (adaptată după Assagioli, 1965/1975, p. 214)

Imaginează-ți că arăți ca o tufă de trandafiri, în special o tulpină cu frunze verzi și un boboc de trandafir. Bobocul pare verde, deoarece separele sunt închise, dar chiar în vârf se poate vedea un punct roșu. Acum, pe măsură ce te concentrezi asupra acestui punct de culoare roșie, separele verzi încep să se separe, să se deschidă treptat, relevând petalele din interior, de o delicată culoare roșie. Separele continuă să se deschidă până când poți vedea întregul boboc delicat. Petalele se separă și ele încet, până când apare un trandafir perfect, complet deschis. Așa că acum respiră profund și inspiră parfumul acestui trandafir delicat, inhalând parfumul său caracteristic și inimitabil; atât de delicat, dulce și delicios. Continuă să inspiri parfumul său vindecător, care te încântă și îți pătrunde toate simțurile, în fiecare parte a corpului. Imaginează-ți forța vieții care ia naștere din rădăcinile florii și duce la deschiderea ei.

Este evident că simbolul bobocului de trandafir poate fi folosit și pentru întărirea generală a eului (și anume „înflo-rirea” interioară).

Hipnoza ca adjuvant în terapia comportamentală

Hipnoza facilitează relaxarea și imageria vie, astfel încât scenele și situațiile sexuale gradate pot fi prezentate în stare hipnotică (desensibilizarea sistematică). Aceasta poate conține elemente de preludiu sexual și scene de implicare progresivă socială și fizică (Fabbri, 1976 ; Biegel, Johnson, 1980 ; Degun, Degun, 1982). Aaroz (1982, 1985) descria o serie de abordări în desensibilizarea progresivă cu ajutorul hipnozei :

- hipnoza cu întărirea eului ;
- hipnosensibilizarea video – în timp ce pacientul hipnotizat urmărește o serie de scene înregistrate pe o videocasetă ce prezintă relații sexuale normale ;
- hipnocondiționarea cu diapozitive – în timp ce pacientul hipnotizat urmărește o serie gradată de diapozitive cu aspecte sexuale ;
- reamintirea hipnotică – în hipnoză, pacientul își imaginează experiențe sexuale din trecut încununate de succes. Procesul de condiționare este reîntărit prin sugestii posthipnotice, relaxare profundă, imagerie vizuală și reamintirea experiențelor trecute. Autohipnoza este folosită pentru reîntărirea sugestiei posthipnotice.

Abordările cognitive și experiențiale

Autoevaluările negative și imageria sexuală negativă pot crea și perpetua simptomele, ceea ce se întâmplă mai ales după ce a fost experimentat un eșec sexual. Aceasta este o reîntărire deschisă, care acționează ca un întrerupător. Hipnoza este folosită pentru a recrea dispoziția negativă și a repeta afirmațiile negative, dramatizând efectul advers în cursul acestui proces. Apoi este folosită pentru a obține afirmații și imagerie pozitivă. În final, pacientul este învățat autohipnoza pentru a reîntări restructurarea cognitivă (Burte, Aaroz, 1994).

Studiul de caz 4. O abordare hipnoterapeutică integrativă pentru tratamentul disfuncției erectile la bărbat (Hawkins, 1996)

Următorul studiu de caz demonstrează felul în care o abordare hipnoterapeutică integrativă poate fi folosită pentru tratamentul

unei probleme erectile. Fiecare ședință de terapie este descrisă pe scurt, acordând atenție doar intervențiilor principale.

Ședința 1

În afară de întrebările normale adresate în cadrul anamnezei, este important să adresăm întrebări cu relevanță pentru strategiile de hipnoză clinică în tratamentul problemelor sexuale. Așa cum am explicat deja, evaluarea inițială este un punct critic pentru stabilirea alianței terapeutice. De asemenea, este utilă pentru a obține informații referitoare la vocabularul eufemistic și vernacular pe care îl folosește pacientul pentru a descrie organele sexuale, precum și la cunoștințele sale în ceea ce privește anatomia și funcționarea sexuală. După anamneză (în timpul căreia am aflat că fusese deja examinat de urolog), John a fost învățat cum să își amplifice conștientizarea senzorială prin accesarea momentelor de la începutul căsătoriei, când reușea să se excite rapid și să obțină erecția, urmată de un orgasm adecvat :

Uită-te la mâna ta și las-o să devină din ce în ce mai ușoară și să plutească în aer... Lasă-ți mintea să meargă înapoi la vremea când erai proaspăt căsătorit și te bucurai că faci sex cu soția ta... o activitate de care amândoi v-ați bucurat... Conștientizează senzațiile din corpul tău. Poți simți aceleași senzații și plăcerea, și funcționarea, exact așa cum era atunci... Permite acestui lucru să se întâmple... Știi că ai resursele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple atunci când este potrivit în viitor, poate astăzi sau poate mâine, sau poate curând. Lasă acele senzații din corpul tău să crească în intensitate și bucură-te de ele pe măsură ce coboară în penisul tău... Observă cât este de plăcut. Exact așa cum s-a întâmplat, se poate întâmpla din nou acum... Nimic nu s-a schimbat. Singurul lucru important sunt senzațiile

pe care le trăiești. Simte atingerea, temperatura, presiunea și mișcarea. Cufundă-te în sentimente și senzații... nu trebuie să faci altceva, decât să simți și să trăiești plăcerea.

Poți simți aceleași sentimente, aceleași senzații și plăcerea și funcționarea, exact așa cum ai făcut atunci. Totul poate fi exact la fel ca atunci când te-ai căsătorit.

Această tehnică a accesat amintirile psihosomatice pozitive ale lui John și i-a permis să devină mai încrezător și optimist, crescându-i expectanțele. Abordarea este de asemenea o metodă eficientă de gestionare a stresului și poate duce la diminuarea sentimentelor de anxietate și disperare.

Nivelul de experimentare a senzațiilor poate fi de asemenea „controlat” de pacient cu ajutorul unui disc imaginar (tehnica controlului central), astfel încât să poată modifica nivelul senzațiilor în sus și în jos (vezi Hammond, 1990b).

De asemenea, a fost important ca John să își stabilească scopuri realiste în procesul de tratament.

Acum, când aceste senzații sunt foarte puternice, ia-le cu tine în viitor... Trăiește senzația de a face dragoste cu soția ta... Trăiește preludiul, care vă satisface pe amândoi... Intră în erecție și penetrează-i vaginul cu penisul... Bucurați-vă amândoi de aceasta și ajungeți la orgasm. Conștientizează ceea ce simți... Știi că aceasta se poate întâmpla dacă tu și soția ta veți lăsa acest lucru să se întâmple... Fii încrezător și întreabă-te dacă aceasta se va întâmpla mai târziu în cursul zilei de azi sau mâine... Știi că acesta este un scop la care poți aspira și pe care îl vei atinge la un moment dat în viitor, dacă este potrivit pentru tine și pentru partenera ta să se întâmple astfel. Poți face asta acasă începând de azi și până la următoarea ședință de terapie. Tot ce este nevoie să faci este să te uiți la mâna ta dreaptă și, pe măsură ce ea se ridică, lasă ochii să se deschidă, având încredere în mintea ta inconștientă, pentru a găsi nivelul adecvat al transei

pentru accesarea acelor experiențe sexuale pozitive anterioare... Te vezi într-un moment viitor utilizând acele resurse sexuale pentru o relație sexuală satisfăcătoare pentru tine și soția ta.

Ședința 2

După cum am discutat anterior, semnalizarea ideomotorie este o abordare prin utilizare folositoare în mod special pentru descoperirea evenimentelor traumatice reprimite și a sentimentelor de distress asociate, legate de problemele actuale psihologice și psihosomatice. Prima dată au fost stabilite semnalele „da” și „nu” cu ajutorul degetelor. Apoi John a accesat experiențe prototip care au fost legate de problema lui sexuală. A existat o oarecare conștientizare a acestor evenimente (de exemplu, relația sa din trecut cu mama și, mai târziu, o experiență homosexuală). Aceste evenimente au fost trecute în revistă cu o abreactie emoțională minimă. În această situație, nu au fost făcute interpretări de către terapeut și nici nu au fost făcute intervenții pentru încurajarea ventilării emoționale, deși acestea ar fi putut să fie opțiuni viabile.

După trei „cicluri” de chestionare ideodinamică, John a semnalizat „da” în mod inconștient referitor la faptul că putea merge în viitor (la o anumită dată) fără această problemă. Și-a imaginat o dată la care se putea întâmpla aceasta, la aproximativ patru săptămâni de la data ședinței de terapie. A fost transpus la data aceasta și a experimentat răspunsuri pozitive intense. În hipnoză i s-a spus :

Ai resursele pentru a lăsa ca acest lucru să se întâmple și deja știi că poți schimba răspunsurile tale corporale în mod potrivit pentru a-ți da voie să răspunzi sexual atunci când ești cu soția ta... Minte ta inconștientă folosește tot ceea ce ai învățat și ai

trăit azi aici în legătură cu originile problemei tale, astfel încât să te ajute să găsești soluții până la data pe care ai indicat-o sau chiar mai devreme, dacă este potrivit pentru tine... și poți trăi aceste senzații și experiențe plăcute atunci când visezi mai târziu în noaptea aceasta... Te trezești având o erecție puternică... Te vei întreba dacă acest lucru se întâmplă cu adevărat și când se întâmplă... poate în această noapte sau poate altădată... deși o parte din tine știe deja că e adevărat.

Ședința 3

În această ședință de terapie, John a fost hipnotizat și i-a fost sugerată rigiditatea brațului pentru a demonstra că deține controlul asupra funcționării sale somatice și faptul că are resursele (inconștiente) pentru a lăsa ca brațul să devină rigid și tare fără să fie nevoie să facă ceva pentru ca acest lucru să se întâmple.

Așa cum ai control complet asupra mâinii și brațului tău, astfel că poți să îți faci brațul rigid, tot așa ai resursele pentru a controla orice parte din corpul tău în același fel, inclusiv penisul... Poți păstra rigiditatea atât timp cât este potrivit pentru tine și pentru partenera ta pentru a vă bucura de o relație sexuală împreună. Ai control deplin asupra fiecărei părți a corpului tău, inclusiv penisul. Temerile și anxietățile tale se vor diminua și, pe măsura trecerii timpului, poți înțelege problema ta, dacă acest lucru este potrivit pentru tine.

Utilizarea fenomenelor hipnotice în psihoterapie a fost recent discutată pe larg de Edgette și Edgette (1995).

Ședința 4

Este util să încurajăm pacientul impotent să vorbească despre fanteziile sale sexuale private și să le reproducă în transă. Poate fi utilă implicarea partenerei în aceste ședințe de terapie. Pacienților li se mai poate sugera o fantezie sexuală ghidată :

Poate că te vei imagina în mijlocul unei orgii sexuale, urmărind cum oamenii se dezbracă și se explorează seducător unul pe altul... Trăiești excitația care se scurge prin corpul tău și în organele tale genitale... poate încurajând propriile amintiri legate de distracție și plăcere... Nu știi dacă vei putea folosi aceste amintiri sexuale importante în noaptea aceasta sau mâine sau după acest sfârșit de săptămână... Te vei întreba dacă mintea ta inconștientă te va lăsa să te bucuri de o experiență sexuală cu partenera ta... și, când o vei face, vei fi surprins să descoperi cât de excitat poți fi.

Ședința 5

John a intrat în transă hipnotică (folosind metoda de auto-hipnoză învățată anterior) și i s-a sugerat o metaforă a grădinaritului care a inclus referiri la lăstarele verzi, ce se dezvoltă sub pământ, la anotimpuri etc. Această tehnică este similară cu metafora „viața unui stejar” (intervenția 20, capitolul 4). Ședința de terapie a fost încheiată cu utilizarea visului creativ ca modalitate de implicare a căutării inconștiente pentru rezolvarea problemei :

Știi deja cum să trăiești visele stimulante. Este un lucru perfect natural, consecință a ceea ce facem... Vei avea vise plăcute.

Mintea ta inconștientă poate lucra pentru creșterea dorinței tale sexuale față de soția ta... Poți descoperi că visele tale sunt creative și plăcute... Poți deja să te întrebi ce vei visa mai târziu în această noapte... Pentru că scopul tău este de a crește dorința ta sexuală; după toate probabilitățile, vei avea o experiență interesantă în noaptea aceasta sau poate mâine-noapte sau chiar în noaptea următoare... Vei fi surprins atunci când se întâmplă cu adevărat, dar vei fi surprins și dacă vei avea de așteptat până la final de săptămână. Iar aceste dorințe vor rămâne cu tine pe parcursul zilei și va exista o influență adecvată în gândurile și comportamentele tale. Deși nu îți vei aminti toate visele tale erotice și sexy, dimineața, vei putea totuși simți și vei ști că ceva este diferit, chiar dacă nu știi exact despre ce este vorba. Chiar dacă nu crezi că acest lucru se poate întâmpla cu adevărat, vei fi și mai surprins atunci când se întâmplă, știind că ai aceste resurse pentru a te lăsa să găsești soluții chiar și atunci când dormi.

John a spus că în noaptea care a urmat ședinței de terapie a avut un vis plin de erotism, în cursul căruia s-a trezit și a „descoperit” că avea erecție. A fost extrem de bucuros de „descoperirea” sa și de faptul că are încă această capacitate. Lui John i s-a cerut să reproducă acest vis în transă și să indice ideodinamic când au apărut schimbările fiziologice adecvate. În această ședință finală a fost subliniată întărirea eului și stabilirea scopurilor.

Ședința 6

Aceasta a fost o ședință de terapie cu pacientul și soția sa. Ambii au fost regresați la o experiență sexuală pozitivă din trecut din căsătoria lor. Apoi au fost încurajați să își descrie experiențele unul altuia, incluzând senzațiile corporale. Ambii parteneri au fost apoi progresați (în hipnoză) într-un moment

viitor, când aceste experiențe puteau fi actualizate, „știind că mințile voastre inconștiente caută deja soluții, chiar dacă nu sunteți conștienți că acest lucru se întâmplă”. În această ședință de terapie a fost subliniată dezvoltarea speranței și optimismului, a controlului personal și a sentimentelor pozitive.

Ședința de urmărire

Ședința de urmărire la interval de șase luni a relevat faptul că funcționarea sexuală a cuplului era satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Nu mai aveau probleme în „a face sex” și, în consecință, un stresor major din viața lor a fost îndepărtat.

Dependența de sex

Pentru unele persoane, dependența de sex este un mod de gestionare a stresului, comportamentul lor sexual devenind principalul mecanism de *coping*. Acest lucru poate fi exprimat grosier prin afirmația „Un orgasm pe zi ține stresul la distanță”. Heron (1998a, vezi www.human-inquiry.com/homebase.htm) prezintă o „teorie autentică sex-negativă”, care afirmă :

- O persoană care își neagă funcționarea cathartică și își reprimă stresul va trece probabil printr-o distorsionare a funcției sexuale. Înlocuirea nu este dificil de înțeles : eliberarea pur somatică a orgasmului distrage atenția de la durerea stresului îngropat, dar fără reducerea sau descărcarea aceluși stres – de aici nevoia unui alt orgasm cât de curând. Rezultatul este o utilizare compulsivă, repetitivă a eliberării sexuale drept comportament maladaptativ.
- Corolarul îl reprezintă faptul că nivelul de tensiune sexuală și excitație poate crește în mod artificial din cauza înlocuirii

sentimentelor reprimite cu funcția sexuală, astfel că persoana cere și obține descărcarea sexuală într-un grad care nu are nici o legătură cu nevoile fizice reale, ci este un martor al nevoilor personale întrerupte și al distresului care le înconjoară.

- Comportamentul sexual compulsiv în sine poate fi o maladap-tare simbolică : persoana acționează orbește în cadrul aspectelor emoționale prezente nerezolvate din trecut. Astfel, violatorul fizic sau emoțional acționează orbește împotriva unui șir de femei, ca urmare a furiei reprimite împotriva mamei sale și a frustrării datorate dorințelor impuse de ea. O femeie vârstnică are o serie de aventuri nepotrivite cu bărbați tineri, acționând orbește din cauza suferinței sau furiei ca urmare a dragostei întrerupte la moartea fiului său în vârstă de 8 ani. Și așa mai departe. Dorința sexuală este doar înfățișarea pe care o are distresul neidentificat și nevoile înghețate care dau dorinței o direcție și o putere motivatoare.
- Distresul aflat la bază poate fi unul reprimat de timpuriu din cauza negării sexualității în copilărie : nevoia copilului de a împărtăși dragostea și bucuria prin întregul său corp, inclusiv organele genitale, s-ar putea să fi fost întrerupte de părinți sau de frați. În consecință apare o compulsiie ascunsă spre incest : nevoia întreruptă de dragoste, împreună cu suferința și furia la întreruperea sa, fixate genital și orientate spre un membru al familiei, întreaga constelație fiind reprimată, negată și în același timp proiectată repetitiv orbește și cu rezultate dezastruoase în lumea socială adultă (p. 42).

Cele mai frecvente tipuri de comportamente sexuale excesive sunt clasificate în DSM sub denumirea de parafilie (Schneider, Irons, 1998). Deși dependentul de sex cheltuiește mult timp și

energie în legătură cu comportamentele sale și consecințele stresante din viață, el nu se poate opri. Trăind nivele crescute de stres, comportamentul dependent (de exemplu, masturbarea) crește adesea ca frecvență și intensitate și poate duce la leziuni fizice. Carnes (1991) a identificat 10 tipuri de comportament asociate cu tulburările sexuale de dependență :

- sexul fantastic : obsesia față de o viață sexuală de tip fantezie ;
- rolul sexual seductiv : seducția și cucerirea sunt cheia (de exemplu, relațiile multiple, aventurile și/sau relațiile în serie nereușite) ;
- sexul anonim : angajarea în acte sexuale cu parteneri anonimi sau aventurile de o noapte ;
- sexul plătit : plățirea prostituatelor sau a telefoanelor cu conținut sexual explicit ;
- comercializarea sexului : bani sau droguri primiți la schimb pentru sex sau folosirea sexului ca pe o afacere ;
- sexul voyeurist : utilizarea pornografiei prezentă în cărți, video sau internet. Este înalt corelat cu masturbarea, până la punctul lezării fizice ;
- sexul exhibiționist : autoexpunerea (Epstein, Deyoub, 1983) ;
- sexul intruziv : atingerea altora fără permisiune/folosirea unor poziții de putere pentru exploatarea sexuală a unei alte persoane ;
- schimbul de durere : producerea sau resimțirea durerii pentru creșterea plăcerii sexuale ;
- sexul exploatator : utilizarea forței față de un partener vulnerabil pentru a obține accesul sexual sau activitatea sexuală cu copiii (pp. 42-44).

Pentru mulți dependenți de sex, pornografia combinată cu masturbarea, uneori riscantă din punct de vedere fizic, este piatra de temelie a activităților creatoare de dependență. În

ultimele stadii ale dependenței sexuale, persoana dependentă preferă lumea fanteziei și sexul fantezist cu sine însuși sau cu alții, în locul sexului relațional cu un partener. Dependența de sex pe internet devine un subiect de interes din ce în ce mai pregnant pentru clinicieni (Cooper, 2002).

Tulburările sexuale de tip dependență coexistă adesea cu abuzul de substanțe și sunt în mod frecvent o cauză nerecunoscută de recădere. Dependenții de sex au fost adesea abuzați în copilărie (Carnes, 1991, p. 35), iar pentru că deseori au idei distorsionate despre sex, le lipsește informația legată de sexualitatea sănătoasă. Hipnoterapia pentru dependenții de sex poate viza aspectele aflate în legătură cu rolul stresului în menținerea comportamentului sexual compulsiv. Strategiile pot include întărirea eului, hipnoanaliza și învățarea autohipnozei. Hipnoza mai poate fi integrată în consilierea de cuplu și terapia de grup. În tratamentul dependențelor de sex, accentul cade asupra rușinii, iar aceasta este cel mai bine tratată în terapia de grup. O dezbateră mai detaliată asupra diagnosticului și tratamentului este oferită de Irons și Schneider (1997). Din discuția de mai sus reiese că, pentru a lucra cu dependenții de sex și a avea succes, este absolut necesară o pregătire riguroasă în această specialitate.

Probleme de somn

Stresul afectează adesea somnul persoanei, aceasta continuând să fie obosită și chiar mai stresată. Problemele de somn care sunt adesea asociate cu stresul includ dificultățile de adormire, trezirea în timpul nopții și trezitul devreme. Probabil cea mai frecventă tulburare a somnului este insomnia, care poate fi în legătură cu stresul situațional și anxietatea, deși există multe

alte cauze posibile (de exemplu, sindromul de apnee de somn și alte dificultăți respiratorii, îngrijorarea că nu va putea dormi, durerea, ingestia excesivă de cafeină și depresia). Atunci când persoana este trează, ea se consumă adesea cu gânduri legate de evenimentele din viața sa. Domeniul medicinei somnului s-a extins rapid în ultimele trei decenii, iar diferitele tulburări identificate necesită o evaluare și intervenții specifice. Neylan, Reynolds și Kupfer (1994) descriu o nosologie succintă. Trebuie reiterat faptul că psihoterapeuții trebuie să lucreze în colaborare cu medicii, ceea ce poate include trimiterea la o clinică specializată în probleme de somn, pentru a asigura pacienților un tratament cuprinzător și integrat. Abordarea psihoterapeutică, ce poate include hipnoza, poate acoperi atât gestionarea simptomelor (de exemplu, organizarea unei rutine și ținerea unui jurnal), terapia cognitiv-comportamentală și abordările hipnoanalitice, în funcție de evaluarea clinică.

Spiegel și Spiegel (1978/2004) sugerează că pacienții pot deveni „regizori ai traficului” pentru gândurile lor, proiectându-le pe un ecran și, astfel, disociindu-se de răspunsul fizic evocat. Ei concluzionează că asemenea abordări pot fi utile în conjuncție cu cele standard din laboratoarele pentru somn, incluzând păstrarea dormitorului ca spațiu în care nu se desfășoară munca și alte activități generatoare de stres și evitarea privirii constante a ceasului atunci când persoana este trează.

Rossi și Cheek (1988) discută o serie de abordări ideodinamice ale problemelor de somn:

Cea mai satisfăcătoare și odihnitoare metodă de gestionare a insomniei ocazionale este aceea de a te ridica din pat și a folosi autohipnoza cu o metodă de inducție înainte de a cere un răspuns ideodinamic la întrebarea: Ar fi bine pentru mine să adorm atunci când mă întorc în pat și să dorm visând frumos și având

gânduri plăcute până când mă trezesc la ora... dimineața?”. Răspunsul obișnuit este da. Acum, cere degetului tău „da” să se ridice dacă știi că îți poți ține promisiunea (p. 383).

Următorul exemplu este reprezentativ pentru o abordare de orientare dinamică.

Intervenția 41. Facilitarea unui somn bun peste noapte

Atunci când mintea ta inconștientă este gata să participe la procesul de vindecare pentru înțelegerea și rezolvarea problemelor tale de somn, vei ridica un deget?... Poți discerne această mișcare la început ca o senzație într-unul dintre degetele tale... Așa este foarte bine!... Bucură-te că mintea ta inconștientă a fost de acord să participe la această călătorie de descoperire. Lasă mintea ta inconștientă să meargă înapoi în timp la prima experiență din viața ta, când ceva s-a întâmplat, pentru a face ca somnul să devină important într-un anume fel... Vei fi surprins să descoperi că acest lucru este legat de experiențele tale actuale în legătură cu somnul.... Dacă da, degetul tău se va ridica?... Așa este bine!... Încearcă să îți dai seama ce ai putea face pentru a împiedica această experiență să îți deranjeze somnul... și acum că știi acest lucru, mai este vreun alt motiv pentru care acest eveniment interferează cu somnul tău în momentul actual?... Acum mergi înapoi într-un moment din trecut în care ai dormit bine și te-ai trezit dimineața simțindu-te cu adevărat bine.... Adormi în acea noapte, iar degetul tău se va ridica... Cred că te vei bucura de acest somn profund și sănătos... Vei fi fascinat de experiența celui somn vindecător, pe măsură ce mintea ta inconștientă trece în revistă tot ce se întâmplă, incluzând acele perioade în care răspunsurile din vis sunt importante pentru tine... Acum poți să dormi profund și relaxat noaptea și să te trezești dimineața simțindu-te odihnit și relaxat? Atunci când știi că îți vei ține promisiunea față de tine și față de persoanele care ar fi mulțumite dacă ai dormi bine, degetul tău se va ridica?... Vei deschide ochii?

Rossi (2002) raportează următoarea abordare cu un pacient ce suferă de insomnie :

Ochii tăi se vor închide de la sine în câteva momente și acesta va fi un semnal că mintea ta interioară este gata să te ajute să îți rezolvi problema de somn. Mă întreb dacă îți poți aminti o perioadă în care ai dormit foarte bine. Mintea ta inconștientă te va ajuta să dormi confortabil chiar înainte să realizezi acest lucru? Atunci când simți că vrei să te trezești și să te întinzi, va fi un semnal că mintea ta interioară a învățat ceva util pentru a te ajuta să găsești confortul și vindecarea atunci când te întinzi pentru a te odihni.

Rossi i-a sugerat pacientului să se bucure de răspunsul de vindecare ultradian oricând simțea nevoia și că mintea și corpul lui puteau folosi acest interval de timp pentru a „rezolva propriile probleme în felul său”. A subliniat faptul că problemele din căsătorie și cele cu copiii pot fi adesea rezolvate în moduri care surprind ori nu sunt cunoscute de mintea conștientă. A fost încurajat să discute fanteziile relevante și ideile din timpul perioadelor de revitalizare și odihnă ultradiene.

Următoarea abordare generală este de asemenea utilă pentru pacienții cu dificultăți de somn.

Intervenția 42. Dificultățile de somn

Închide ochii, intră în mintea ta și găsește toate acele amintiri psihosomatice legate de dormitul corespunzător din trecut... Lasă acele resurse să curgă prin corpul și mintea ta... Relaxează-ți fiecare parte a corpului și minții tale... Atunci când ești cu adevărat conștient că poți folosi aceste resurse naturale de vindecare pentru a te bucura de un somn plăcut și revigorant,

degetul tău se va ridica... Așa este foarte bine!... Lasă acest lucru să se întâmple de la sine, nu ai nimic de făcut acum decât să conștientizezi că mai târziu, în cursul zilei, atunci când este potrivit să folosești ceea ce ai învățat, poți dormi în liniște, atât timp cât dorește mintea ta inconștientă. Te vezi acum cum te pregătești să mergi la culcare... Mă întreb dacă te vei urca în pat de pe partea dreaptă sau de pe partea stângă... sau poate de la capătul patului... sau poate vei pluti spre pat... Pune capul pe pernă și lasă aceste resurse de somn să curgă în corpul și mintea ta... Te simți confortabil și cald... Pe măsură ce aluneci într-un somn liniștit și curativ... vor exista momente în care vei visa?... Te vei trezi dimineața relaxat și proaspăt, gata să te ocupi de sarcinile din viața ta de care este nevoie să te ocupi. Nu știi dacă vei experimenta acest somn bun și curativ în noaptea aceasta sau dacă va fi mâine-noapte, dar poate înainte de finalul de săptămână.

O descriere detaliată a utilizării autohipnozei în lucrul cu copiii cu probleme de somn este prezentată în capitolul 8.

Sindromul de stres posttraumatic (SSPT)

Definiție

Din ce în ce mai multe persoane prezintă simptome caracteristice sindromului de stres posttraumatic (SSPT). Trăsăturile specifice criteriului diagnostic A (DSM-IV) sunt :

Persoana a trăit, a fost martoră ori s-a confruntat cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea sau rănirea, a fost amenințată cu moartea sau rănirea, cu afectarea integrității fizice a ei sau a altora, reacția sa implicând teama intensă, neajutorarea sau oroarea.

Foa, Davidson și Frances (1999) enumeră simptomele-cheie ale SSPT :

1. Retrăirea evenimentului traumatic, indicată de :
 - reamintirea intruzivă și stresantă a evenimentului ;
 - flashuri (sentimentul că evenimentul reapare în stare de veghe) ;
 - coșmaruri (evenimentul sau alte imagini înfricoșătoare apar frecvent în vise) ;
 - reacții emoționale și fizice exagerate în fața unor declanșatori care amintesc persoanei de acel eveniment.
2. Evitarea și amorțeala emoțională indicată de :
 - activități, locuri, gânduri, sentimente sau conversații legate de traumă ;
 - dezinteres ;
 - sentimente de detașare față de alții ;
 - emoții restrictive.
3. Excitație crescută indicată de :
 - dificultăți de adormire ;
 - iritabilitate sau izbucniri de furie ;
 - dificultăți de concentrare ;
 - hipervigilență ;
 - răspuns exagerat de teamă.

În afară de aceste trei tipuri principale de simptome, alte simptome uzuale includ : atacurile de panică, comportamentul evitant sever, depresia, gândurile și sentimentele suicidare, abuzul de substanțe, sentimentele de alienare și izolare, sentimentele de neîncredere și trădare, mânia și iritabilitatea, afectarea severă a funcționării zilnice, precum și percepțiile și convingerile stranii. Durata simptomelor trebuie să fie mai mare de o lună pentru a întruni criteriile DSM pentru SSPT și

trebuie de asemenea să aibă un efect semnificativ în detrimentul funcționării sociale și ocupaționale.

Tulburarea acută de stres

Tulburarea acută de stres este similară cu SSPT în ceea ce privește evenimentul precipitant și simptomatologia, dar este limitată în timp, până la o lună după eveniment, deși cele mai multe persoane care au o traumă severă (de exemplu, viol) sunt inițial simptomatice, iar cele mai multe își revin fără a dezvolta SSPT.

Tulburarea de adaptare

Tulburarea de adaptare este de asemenea un fenomen legat de stres care a dus la maladaptare și simptome limitate în timp, până când stresorul este îndepărtat sau până apare o nouă stare de adaptare (Strain, Newcorn, Wolf, Fulop, 1994, p. 671).

Situațiile stresante de viață

Orice situație stresantă de viață care stimulează excitația excesivă prin intermediul sistemului autonom și endocrin poate conduce la o simptomatologie clinică variată de SSPT (Rossi, Cheek, 1988). Evenimentele traumatice cu legături demonstrate empiric cu SSPT includ : abuzul fizic și sexual suferit în copilărie (Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson, Resnick, 1996), războiul (King *et al.*, 1995), violul la adult (Kilpatrick, Resnick, 1993), dezastrele naturale și tehnologice (Pynoos *et al.*, 1993). Rezultatele studiului național de comorbiditate (Kessler, Sonnega,

Bromet, Hughes, Nelson, 1995) arată că expunerea la traumă este un loc comun al vieții moderne.

Există tot mai multe dovezi privind faptul că mulți oameni intră într-o stare disociativă (Cardena, Spiegel, 1993) în timpul traumelor fizice și psihologice, stare ce îi protejează de durerea coplesitoare din acea situație. Inițial, disocierea funcționează bine în momentul traumei, dar, dacă această ultimă apărare durează prea mult timp, atunci interferează cu prelucrarea suferinței necesară pentru a trece peste acea experiență și pentru a reduce probabilitatea simptomatologiei de mai târziu (Spiegel, 1994).

Rossi (1996) consideră că amintirile disociate sau dependente de stare rămân active la nivel inconștient și precipită și mențin dinamic simptomatologia psihosomatică. Aceasta poate explica de ce anumite sindroame clinice sunt adesea rezultatul unei disocieri cronice (de exemplu, tulburările de comportament alimentar, depresia, tulburările obsesiv-compulsive, fobiile, tulburările de panică și tulburarea de identitate disociativă). Rossi și Cheek (1988) concluzionează că aceasta duce la *insight*-ul incitant, conform căruia :

Întreaga istorie a psihologiei profunde și psihanalizei poate fi acum înțeleasă ca investigație clinică prelungită a felului în care amintirile disociate sau dependente de stare rămân active la nivel inconștient, dând naștere complexelor (p. 112).

Un studiu recent a investigat efectele transgeneraționale ale SSPT la copiii ai căror mame au fost expuse atacului de la World Trade Center în timpul perioadei de sarcină (Yehuda *et al.*, 2005). Autorii au concluzionat că „datele sugerează faptul că efectele SSPT maternal legat de cortizol pot fi observate foarte de timpuriu în viața copilului și subliniază relevanța factorilor *in utero* la riscul biologic potențial de SSPT”.

Foa, Rothbaum și Molnar (1995, disponibil pe www.psychiatrist.com), Spiegel (1996), Leskin, Kaloupek și Keane (1998) și Dwivedi (2000) realizează o serie de treceri în revistă detaliate privind SSPT. Cititorul mai poate consulta lucrarea lui Holmes și a colaboratorilor săi (2005) pentru o discuție asupra SSPT și a disocierii (www.sciencedirect.com) și www.trauma-pages.com pentru informații de caracter general.

Tratamentul SSPT

Două tipuri de tratament sunt utile în SSPT: psihoterapia și medicația. Unele persoane se recuperează după SSPT doar cu psihoterapie, în timp ce altele au nevoie de psihoterapie și medicație, iar altele au nevoie doar de medicație (Foa *et al.*, p. 71). O cercetare realizată de experți a concluzionat că cele trei tipuri de psihoterapie cu adevărat eficace în tratamentul SSPT sunt: gestionarea anxietății, terapia cognitivă (Foa *et al.*, 1995; Kennerley, 1996; Harvey, Bryant, Tarrier, 2003) și terapia prin joc (Foa *et al.*, 1995). În afară de aceasta, s-a considerat important ca persoanele cu SSPT și familiile lor să fie consiliate educațional și suportiv. De asemenea, s-a admis faptul că desensibilizarea și procesarea cu ajutorul mișcărilor oculare (Shapiro, 1995; Edmond, McCarty, 2004), precum și hipnoterapia și hipnoanaliza – de exemplu, terapia stărilor eului (Phillips, 1993) și psihoterapia psihodinamică – pot fi utile în tratamentul SSPT. Deși hipnoterapia nu a fost recomandată ca tratament de elecție, ea poate juca un rol semnificativ atunci când este folosită în conjuncție cu alte tratamente, precum și atunci când este folosită ca abordare a unui stres semnificativ. Metodele comportamentale și cognitiv-comportamentale din

categoria terapiei prin expunere (de exemplu, desensibilizarea, terapia prin inundare sau implozie) sunt la ora actuală tratamentele preferate pentru SSPT (Keane, 1998 ; Leskin *et al.*, 1998a ; Foa, Keane, Friedman, 2000). Așa cum a observat Meichenbaum (1995), întreaga narațiune în care este intercalat evenimentul traumatic se poate schimba odată cu repovestirea sau reexperimentarea în direcția unei mai bune acceptări de sine și a unei evaluări mai realiste a pericolozității evenimentului.

Întrucât mulți oameni intră într-o stare disociată în timpul unei experiențe traumatice, permisiunea de a intra într-o stare disociativă structurată în terapie facilitează accesul persoanei la amintirea experienței. Aceste amintiri trebuie prelucrate, pentru a rezolva simptomatologia posttraumatică.

Hipnoterapia

Abordarea hipnoterapeutică (Rossi, 2002) poate fi folosită pentru a ajuta pacientul să recadreze experiența traumatică originală negativă, permițând astfel transformarea creativă a problemei inițiale. Explorarea ideodinamică poate furniza o cale sistematică de acces, revizuire și transformare a experiențelor trecute într-un mod creativ și securizant. Deoarece această abordare funcționează la nivelul integrării inconștiente și al rezolvării problemei psihosomatice, există mai puține șanse de redeschidere a rănilor traumatice. Evenimentele traumatice pot fi restructurate prin utilizarea resurselor adulte disponibile, pentru a reexperimenta trauma dintr-o perspectivă diferită, în timp ce se dobândește un sentiment al controlului asupra trecutului. Cu alte cuvinte, o retrăire recursivă a experienței traumatice permite eliberarea potențialului creativ al crizei. Rossi afirmă :

Amintirile timpurii sunt de obicei încărcate cu alte stări ale ființei, alte aspecte ale personalității care s-ar putea să fi fost îndepărtate prematur. Aceste identități și amintiri dependente de stare, atunci când sunt înțelese empatic, indică adesea potențiale din personalitatea individuală care nu au ajuns la dezvoltarea lor optimă (p. 272).

Experiențe de reeducare

Hipnoza poate fi folosită pentru a-i furniza pacientului traumatizat experiențe de reeducare (Erickson, Rossi, 1989). În această abordare, hipnoterapeutul stimulează activ schimbarea prin răspunsuri inconștiente la sugestiile directe și indirecte. O altă abordare care lasă adultul să aline copilul traumatizat este aceea prin care pacienții sunt încurajați să își imagineze că urmăresc o casetă video a unui eveniment traumatic anterior. Apoi, pacientul este încurajat să plutească înspre scenă și să aline copilul în orice manieră care i se pare potrivită, precum și să deschidă un dialog. Acesta este un bun exemplu de nevoie de dezvoltare a unei relații reparatorii, propus de Clarkson (2003) și discutat în capitolul 2.

Tehnicile de imagerie

Spiegel (1994) sugerează că este util ca pacienții să își imagineze evenimentul traumatic pe un ecran imaginar, care le dă sentimentul îndepărtării de experiență. Ecranul poate fi divizat în două (de exemplu, „tehnica ecranului divizat”), astfel că pacientul își vizualizează pe o parte a ecranului un aspect al evenimentului (de exemplu, imaginea violatorului, în cazul victimelor violului), iar pe cealaltă parte a ecranului ceva ce persoana a făcut pentru a se proteja (de exemplu, faptul că s-a luptat cu violatorul). Aceasta permite pacientului să

restructureze punctul său de vedere asupra atacului, schimbând teama și vina în curaj și control în timpul unei amenințări copleșitoare. Spiegel subliniază astfel principiile de bază :

Cel mai stresant lucru în legătură cu un eveniment traumatic este sentimentul neajutorării absolute pe care îl implică. Această neajutorare este re trăită în sindromul de stres posttraumatic prin pierderea controlului asupra stării mentale, cu stări disociative spontane, reacții de teamă sau reamintiri intruzive ale evenimentului. Mai mult, acești pacienți tind să identifice terapeutul cu agresorul și simt că terapia duce la o retrăire a traumei. Este esențial ca acest proces al terapiei, mai ales atunci când se folosește o tehnică precum hipnoza, să fie structurat astfel încât să ducă la creșterea sentimentului de control al pacientului. Această abordare poate integra imaginea sa ca persoană, făcând ca materialul reprimat să fie conștientizat și, astfel, mai puțin puternic și permițându-i să stabilească o imagine de sine nouă, mai armonioasă, absorbind pierderea în fluxul continuu al propriei vieți (p. 1125).

Și imageria poate fi folosită pentru a ajuta pacientul să transforme experiențele traumatiche din trecut (Stanton, 1989, 1990 ; Hammond, 1990a). Stanton recomandă un proces pe care îl numește „aruncarea gunoierului”. Aceasta înseamnă că pacientul se imaginează umplând o chiuvetă cu apă, aruncând toate temerile, anxietățile și vina din trecut în apă și apoi scoțând dopul de la chiuvetă și privind cum apa tulbure și murdară dispare.

Terapeutul poate crea scene imaginare similare legate de „aruncare” care să se potrivească cu atitudinile și backgroundul pacientului. În tehnica numită „consilierul interior” (vezi intervențiile 17 și 52), pacientul primește sfaturi de la un consilier sau un „animal prietenos” asupra oricărei probleme sau griji,

incluzând modalități de rezolvare a experiențelor din trecut legate de traumă și abuz (Bresler, 1990). De asemenea, „prietenul” poate acompania pacientul în timp ce acesta își accesează și revizuieste materialul traumatic.

Utilizarea poveștilor, glumelor și metaforelor poate fi utilă și în prelucrarea din diversele stadii de tratament (Yapko, 1990b, pp. 320-322).

Catharsisul

Prelucrarea în transă cu pacientul suferind de SSPT inițiază adesea un catharsis emoțional. Pacientul trebuie informat că experiența traumatică nu este nevoie să fie complet explorată și rezolvată într-o ședință de terapie. E necesar să reamintim aici că terapeutul trebuie să educe continuu pacientul privind posibilitatea retraumatizării, dacă se procesează prea mult material într-un anumit moment. În timpul ședinței de terapie este important de spus pacientului că :

Ai nevoie să știi și să trăiești (conștient) doar acele imagini, sentimente și senzații cărora la poți face față în prezent... Mintea ta inconștientă poate continua să exploreze aceste evenimente, și atunci când te simți sigur, le vei descoperi... Mintea ta inconștientă te va lăsa să știi... poate într-un vis mai târziu în noaptea aceasta... sau poate într-un alt fel, poate cu o senzație corporală sau un sentiment diferit.

Este foarte improbabil ca numai abreacția sau experiența traumatică să fie suficiente pentru a lucra cu pacienții cu SSPT (Van der Hart, Brown, 1992 ; disponibil pe www.trauma-pages.com). Putman (1989) arată că materialul abreacat trebuie procesat și prelucrat cu grijă. Descoperirea progresivă, prelucrarea și integrarea materialului traumatic

sunt importante în folosirea hipnoanalizei cu pacienții cu SSPT (Van der Hart, Brown, 1992 ; Degun-Mahler, 1997).

Un alt model eficace în transformarea experiențelor traumatiche disociate este abordarea somatică experiențială (Levine, 1991, 1994). Levine a subliniat importanța ajutorii pacientului pentru a renegocia răspunsul la traumă prin evocarea resurselor psihofiziologice în sistemele perceptuale și somatice. O serie de tehnici hipnotice pot furniza o centrare somatică, incluzând explorarea senzorială (Altman, Lambrou, 1997), puntea somatică (Watkins, 1990) și semnalizarea ideosenzorială (Erickson, Rossi, 1979).

Degun-Mahler (2001) prezintă un caz de folosire cu succes a hipnozei în tratamentul SSPT cronic cu episoade disociative la un veteran de război. Hipnoza a fost încorporată în tratamentul cognitiv-comportamental într-o abordare sugerată de Brende (1985) :

- o tehnică suportivă pentru a reduce anxietatea și a stabiliza pacientul prin utilizarea unui „loc special” și a unei „ancore” ce produc calmarea ;
- ca tehnică de descoperire, în care pacientul poate vorbi despre evenimentele traumatiche și poate transforma amintirile fragmentate într-o poveste.

Inițial, pacientul a învățat gestionarea anxietății cu ajutorul hipnozei, folosind ancora locului special și automonitorizarea pentru a ajuta la identificarea factorilor declanșatori, după care au fost aplicate diverse abordări hipnoterapeutice. Acestea au inclus regresia, chestionarea ideodinamică, terapia stărilor eului, sugestiile visului posthipnotic și elaborarea hipnotică a visului. În terapia stărilor eului, sinele mai vârstnic și mai înțelept a oferit sinelui mai tânăr reasigurările necesare și

afirmații alternative despre sine (restructurare cognitivă). Degun-Mahler concluzionează :

Acesta a fost un rezultat încununat de succes într-un caz cronic și de lungă durată de SSPT cu trăsături disociative severe și cu caracter de handicap. Întregul program de tratament a inclus psihoeducația privind SSPT și metode disociative, cognitiv-comportamentale, cu ajutorul hipnozei, pentru „ancorare” și identificarea factorilor declanșatori ai episoadelor disociative. Integrarea amintirilor a fost realizată prin reamintirea hipnotică cu ajutorul unor metode non-directive și rezolvarea amintirilor traumatiche prin terapia stărilor eului. Unele amintiri au fost recuperate cu ajutorul hipnozei și apoi verificate pentru a vedea dacă sunt adevărate. Sentimentele de disociere au fost de asemenea accesate prin vise sugerate hipnotic și elaborarea hipnotică a viselor. Integrarea ulterioară a amintirilor a fost facilitată de scris, care a fost de asemenea o experiență hipnotică pentru client (p. 12).

Amintirile recuperate

Amintirile din copilărie legate de abuz sunt adesea descoperite de clinicieni în timpul psihoterapiei prin utilizarea hipnozei și a altor proceduri. În primele sale lucrări, Freud susținea că descoperise cum afecta seducția sexuală din copilărie simptomele isterice la femeile adulte. În 1897, el și-a revizuit concluziile, arătând că aceste seducții nu au avut loc cu adevărat, ci erau „fantezii” din copilărie. Această problemă a redevenit de interes în perioada modernă, odată cu recunoașterea creșterii numărului de abuzuri la copil, așa cum a fost raportat de mulți terapeuți în cazuri de disociere și alte tulburări (Lamb, 1994). Deoarece pacienții hipnotizați sunt sugestibili, terapeuții care folosesc această modalitate de tratament trebuie să fie precauți în mod special pentru a evita

inducerea unor amintiri false. În consecință, este important ca terapeuții să aibă acces la informații exacte legate de „sindromul amintirilor false” sau SAF (Toon, Fraise, McFetridge, Alwin, 1996; McNally, 2003). Holmes *et al.* (2005) discută aspectele implicate de acest sindrom.

Rapoartele recente publicate de Societatea Britanică de Psihologie (Morton *et al.*, 1995) și de Asociația Americană de Psihologie (1996) au concluzionat că amintirile recuperate despre traumele din copilărie – inclusiv abuzul sexual – sunt în general adevărate, dar nu întotdeauna. Ambele organizații au condamnat folosirea tehnicilor bazate pe sugestie (de exemplu, regresia hipnotică) și imageria ghidată, deoarece amintirile descoperite pot fi false, mai ales la persoanele cu hipnotizabilitate ridicată. Dacă procedurile terapeutice implementate sunt orientate pe proces mai degrabă decât pe conținut, atunci posibilitatea de apariție a amintirilor false ar trebui să fie minimalizată. De asemenea, dacă terapeutul are o înțelegere suficientă și experiență în utilizarea implicațiilor terapeutice mai degrabă decât a sugestiilor, aceasta va ajuta la evitarea apariției unor artefacte.

Phillips și Frederick (1995) reamintesc terapeuților că :

au obligația de a rămâne obiectivi în ceea ce privește materialul descoperit, de a evita să facă sugestii sau să conducă pacienții spre un anumit tip de material amintit, de a rămâne atenți la limbajul lor, de a avea o minte deschisă și de a revizui fiecare caz ca pe o oportunitate unică de cercetare (p. 14).

S-au făcut acuzații conform cărora SAF nu există cu adevărat și că acesta ar fi în principal un fenomen sociopolitic. Cu toate acestea, au existat totuși situații în care terapeuții nu au fost suficient de riguroși (inclusiv hipnoterapeuții) în adoptarea

unei poziții obiective la prelucrarea materialului amintit. Totuși, există dovezi viabile, rezultate din studiile clinice, care arată că experiențele de abuz în copilărie sunt reprimite (Herman, Schatzow, 1987). Holmes și colaboratorii săi (2005) concluzionează :

Atât organizația britanică, cât și cea americană au conchis că este posibil să uităm amintirile legate de abuz pe o perioadă lungă de timp până când ele sunt reamintite mai târziu și că este posibil să fie create amintiri false (p. 17).

Capitolul 7

Tratamentul problemelor specifice (2)

V-ați gândit vreodată la transformare? De exemplu, atunci când un bloc de gheață se încălzește treptat, temperatura sa se schimbă, dar rămâne la fel de solid până ajunge la 0 grade, și atunci se transformă în apă. Pe măsură ce temperatura continuă să crească, apa se încălzește, dar rămâne apă până când ajunge la 100 de grade, și atunci se transformă în vapori. Fiecare stare nouă apare ca un salt, întrerupt brusc și marcând o succesiune gradată a schimbărilor de temperatură la fiecare punct de tranziție. De asemenea, este interesant de văzut cum, pe măsură ce temperatura crește, particulele invizibile din gheață și apă se mișcă din ce în ce mai repede.

Durerea

Deși durerea nu este neapărat produsă de stres, ea e adesea amplificată de acesta; iar durerea poate fi, desigur, foarte stresantă. Utilizarea hipnozei pentru controlul durerii are o bază puternică în literatura experimentală de specialitate, precum și în numeroase rapoarte anecdotice, deși până relativ de curând au existat foarte puține studii controlate care să susțină eficacitatea sa clinică.

Hipnoza ca abordare în tratament asigură pacientului ocazia de a-și dezvolta autoeficacitatea în timp ce își descoperă

abilitatea de a se relaxa la nivelul musculaturii, de a corecta procesele cognitive disfuncționale și de a identifica interacțiunile maladaptative cognitive/fiziologice. Clinicienii își pot optimiza eficacitatea prin consultarea literaturii de specialitate (de exemplu, creșterea expectanțelor pacienților) și a rezultatelor clinice; de exemplu, prin adaptarea sugestiilor hipnotice la tipul de durere (Patterson, 2004).

Au fost descrise numeroase proceduri hipnotice pentru probleme variate de gestionare a durerii acute și cronice în context medical și dentar (Bills, 1993; Evans, 1994). Hilgard și LeBaron (1984a), Olness și Gardner (1988), Chaves (1993), Gibson (1994), Hilgard și Hilgard (1994), Hart și Alden (1994) și Barber (1996) sunt surse în care puteți găsi o descriere a acestora.

Evaluarea inițială

Așa cum am discutat deja în capitolul 3, evaluarea inițială este foarte importantă pentru stabilirea unei relații și construirea alianței terapeutice. Dar sunt necesare informații suplimentare privind „cantitatea și calitatea” durerii. Trebuie adresate următoarele întrebări:

- De câtă vreme aveți durerea?
- Există situații în care durerea este mai redusă? Închide ochii acum și amintește-ți acele momente... Locul, ce se întâmpla acolo, senzațiile fizice... Acum „măsoară” gradul de confort cu ajutorul unui intensometru... Lasă indicatorul să se oprească undeva între 0 și 10, unde 0 este cel mai confortabil... și 10 cel mai puțin confortabil.

Aceeași procedură folosind scala analogică vizuală (VAS) (descrisă în capitolul 2) poate fi folosită pentru a accesa și a obține

o evaluare a intensității în situațiile cele mai puțin confortabile. Aceasta permite pacientului să conștientizeze că poate modifica experiența durerii sale. Se poate folosi de asemenea o scală de evaluare a durerii precum cea publicată de Societatea Britanică împotriva Durerii (www.britishpainsociety.org).

Acum știi că poți modifica senzațiile din acea parte a corpului, deoarece uneori te simți mai confortabil decât în alte situații și tocmai ți-ai demonstrat acest lucru... Ai resursele necesare pentru a te simți mai confortabil chiar dacă s-ar putea să nu știi acest lucru la nivel conștient, dar având încredere că inconștientul tău știe acest lucru.

- Îmi poți descrie durerea?

O descriere detaliată a durerii trebuie să acopere următoarele aspecte senzoriale (Hammond, 1990a, p. 46):

- senzația termică (cald sau rece);
- senzațiile kinestezice și aspectele legate de presiune (de exemplu, surdă, ascuțită, înțepătoare, grea, junghi etc.);
- imageria durerii (dimensiunea, forma, culoarea, textura, sunetul).

Aceasta furnizează clinicianului informații valoroase care pot fi utilizate în timpul tratamentului. Următoarea intervenție poate fi utilă pacientului:

Intervenția 43. Evaluarea calității experienței durerii

Închide ochii și concentrează-te un moment asupra durerii... O poți vedea, simți, atinge sau poate chiar auzi... Ce culoare are? Ce temperatură are? Este caldă sau rece? Ce formă și ce dimensiune are? Dacă o poți atinge, spune-mi ce consistență

are. Este tare sau moale, aspră sau netedă? Poate vorbi sau se poate mișca? Mă întreb ce ar putea spune... Dacă ai asculta-o cu atenție, ai putea auzi ce are de spus... Poate că are ceva important să îți spună... Dacă nu acum, poate mai târziu în cursul unui vis... Va trebuie să aștepti și să te întrebi ce se va întâmpla. Imaginează-ți că plutești deasupra corpului tău și poți vedea de sus unde este durerea. Poate durerea din corpul tău are o anumită culoare...

Apoi pacientul este invitat să facă un desen sau o schiță a durerii. Aceasta poate ajuta la localizarea durerii și poate sugera metafore și imagini care pot fi utile ca parte a strategiei tratamentului. Hammond (1990a, p. 47) sugerează că utilizarea desenelor pentru localizarea durerii poate fi facilitată dând pacientului o pagină cu o linie desenată pe care să o țină în față și pe spate, cu instrucțiunea de a hașura zonele în care este resimțită durerea. Mills și Crowley (1986) le cer copiilor să deseneze cum arată durerea „acum” (schița 1); cum arată durerea atunci când este „mult mai bine” (schița 2) și ce va determina „schița 1” să se transforme în „schița 2”. Ca în multe alte situații, aceasta este atât o evaluare, cât și o strategie de tratament.

- Cum îți controlezi durerea pe moment? Ai încercat și alte metode în trecut? Ai mai fost hipnotizat sau ai mai luat în considerare utilizarea hipnozei?

Dacă pacientul a mai luat în considerare utilizarea hipnozei în trecut, dar a respins ideea, este important de stabilit motivele pentru aceasta și de ce pacientul reconsideră acum situația. Dacă pacientul a mai încercat hipnoza și înainte, atunci informațiile legate de experiența sa sunt importante pentru tratamentul actual. Atitudinile, expectanțele și convingerile pacientului joacă un rol important în determinarea rezultatelor tratamentului și, drept urmare, clinicianul trebuie să identifice și să

utilizeze adecvat acele variabile care au potențialul de a crește sau diminua expectanțele privind răspunsul hipnotic și rezultatul clinic (Chaves, 1994).

- Cum îți afectează durerea activitățile tale de zi cu zi și stilul de viață? Cum s-ar schimba viața ta dacă durerea ar dispărea? Ce ai putea face și nu faci acum?
- Ai avantaje pentru că ai această problemă?

Deși cei mai mulți pacienți cred la început că aceasta este o întrebare fără sens, ei recunosc deseori că pot exista anumite avantaje sau beneficii secundare asociate problemei. De exemplu, pot primi mai multă atenție din partea partenerului sau pot evita anumite activități neplăcute.

- Ai avut această durere un interval de timp considerabil; de ce ai ales acest moment pentru a veni să te tratezi?
- Ce ai dori să obții în urma acestui tratament? Va fi suficientă reducerea senzațiilor pe care le ai sau modificarea calității experienței durerii?

Este important de notat aici că scopul tratamentului pentru durere nu înseamnă neapărat a scăpa total de durere. De fapt, îndepărtarea totală a durerii poate să nu fie o idee bună, deoarece durerea este un important mijloc de comunicare, iar de obicei este nevoie ca acesta să fie luat în serios. Hammond (1990a) susține că este necesar să avem un scop realist și să păstrăm funcția de semnalizare a durerii în timp ce reducem suferința și aspectele care țin de incapacitate.

- Ai o poveste proprie care să explice de ce simți durere?

Aceasta ar putea fi destul de evidentă, mai ales în cazurile în care durerea este legată de leziuni sau proceduri medicale.

Totuși, există multe cazuri în care persoana trăiește o durere ce nu are o cauzalitate evidentă sau o explicație. În aceste situații, etiologia este adesea descrisă ca psihosomatică sau psihologică, în timp ce, de fapt, cauzele sunt necunoscute. Ascultarea punctului de vedere al pacientului poate da terapeutului indicii pentru intervenții.

- Ai decis singur să vii la tratament sau altcineva ți-a sugerat acest lucru?

Atitudinea pacientului atunci când a fost trimis este importantă, mai ales în ceea ce privește motivația și colaborarea cu terapeutul.

Reamintim faptul că este extrem de important să ne asigurăm că un medic a examinat pacientul înainte de a începe tratamentul. Dacă nu, atunci pacientul trebuie trimis imediat la medic. Dacă un terapeut care nu este medic tratează un pacient nediagnosticat, acest lucru poate avea repercusiuni serioase, mai ales dacă problema are o bază somatică. O cefalee este probabil o simplă durere de cap, dar uneori poate indica mult mai mult (de exemplu, o tumoră pe creier). În mod similar, durerea de spate este uneori un indicator al cancerului osos. Cu toate acestea, ca și în cazul multor altor probleme discutate în această carte, idealul îl constituie o echipă multidisciplinară. În orice caz, hipnoterapeutul trebuie să fie familiarizat cu metodele de gestionare a durerii folosite de alți specialiști.

Evaluarea durerii

O altă metodă pentru a afla felul în care pacientul trăiește în mod subiectiv durerea, în afară de utilizarea VAS, este aceea de a folosi Chestionarul Durerii McGill (Melzack, 1975). Pentru evaluarea durerii la copii, pot fi folosite Chestionarul

Durerii Pediatriche Varni/Thompson (Varni, Thompson, Hanson, 1987) și Chestionarul Comprehensiv al Durerii pentru Copii (McGrath, 1990). Monitorizarea continuă a intensității durerii sau a diferitelor sale componente oră de oră și zi de zi în cursul terapiei (Brown, Fromm, 1987) a dat naștere tehnicilor standardizate, cum sunt cele ale lui Elton, Stanley și Nurrows (1983, Apendix). Prin îndeplinirea eficientă a acestor sarcini diagnostice inițiale, terapeutul ajunge să înțeleagă natura experienței dureroase a pacientului, atât cât este posibil de înțeles o asemenea experiență. Procedând astfel, terapeutul se va afla într-o poziție mult mai bună pentru a face sugestii terapeutice adecvate și pentru a iniția strategii de tratament optime.

De exemplu, cu ani în urmă, am cerut unei paciente tinere diagnosticate cu spondiloză lombară să își imagineze că stătea întinsă la soare pe o plajă din Grecia (îmi spusese că tocmai se întorsese din vacanță). Pe parcursul tratamentului, pacienta a devenit tot mai agitată și a remarcat că durerea ei se înrăutățea, pentru că era „un roșu fierbinte”. Apoi mi-a spus că de obicei simțea durerea ca fiind „roșie și fierbinte”. Dacă aș fi obținut această informație la începutul ședinței de terapie, nu aș fi făcut o asemenea sugestie nefericită și inadecvată. Însă, de îndată ce mi-a spus acest lucru, i-am sugerat să își imagineze că intră în mare și lasă valurile să o spele încet, până când spatele ei a ajuns la o temperatură confortabilă. Această sugestie a funcționat foarte bine și a putut să modifice calitatea durerii prin schimbarea unei dimensiuni importante, și anume temperatura (și, incidental, culoarea durerii). Această dimensiune (temperatura) ar fi fost de asemenea evaluată prin folosirea Chestionarului Durerii McGill sau a unei adaptări a acestuia. Desigur, în loc de folosirea testelor descrise mai sus în mod formal, pacientul poate fi rugat pur și simplu să descrie durerea

(vezi evaluarea inițială de mai sus) ori să deseneze durerea și culoarea ei.

O parte din evaluare poate să includă de asemenea evaluarea expresiei anxietății și depresiei, care însoțesc adesea atât durerea acută, cât și pe cea cronică. Inventarul pentru Anxietate Beck (Beck *et al.*, 1988) și Inventarul Beck de Depresie (Beck, 1967) sunt instrumente utile în evaluarea clinică cu acest scop. Pacienții care au o durere acută diferă adesea în expresia anxietății de cei care au o durere cronică, iar aceasta poate sugera o modalitate diferită de tratament (Vingoe, 1993). Pacienții cu durere acută sunt adesea mai anxioși decât cei cu durere cronică, probabil din cauza naturii mai predictibile a durerii acute. De obicei, ea este limitată în timp și cu o durată mai mică de șase luni. Exemple de acest tip sunt durerea asociată nașterii, dismenoreea și procedurile medicale și dentare, cum sunt injecțiile, aspirația de măduvă osoasă, puncția lombară, inserarea unui aparat intrauterin și intervențiile chirurgicale (Hart, Alden, 1994, p. 122). Deoarece durerea acută scade treptat în intensitate, tehnicile de relaxare și alte proceduri de reducere a anxietății sunt de regulă suficiente. Pe de altă parte, cei care suferă de durere cronică au în general un nivel mai crescut al depresiei și demoralizării (Axelrad, 1990). Exemplele includ durerea provocată de traumatismul medular, durerea de spate, cefaleea de tensiune, migrena, sindromul de colon iritabil, durerea facială atipică, durerea artritică și reumatică și durerea asociată cancerului (Hart, Alden, 1994, p. 122).

Turk, Meichenbaum și Genest (1983) au împărțit durerea în mai multe tipuri :

- durerea acută (de exemplu, durerea postchirurgicală, durerea dentară, nașterea) : este limitată în timp ; descrește treptat în intensitate ; nu există de obicei factori psihologici și

- beneficii secundare; necesită un tratament eficient prin proceduri de reducere a anxietății și relaxare;
- durerea cronică, periodică (de exemplu, migrenele, nevralgia de trigemen): apare intens și intermitent; are o probabilitate ridicată a factorilor psihologici; tratamentul se poate centra pe ameliorarea simptomelor;
- durerea cronică, constantă și benignă (de exemplu, durerea de spate): este prezentă în cea mai mare parte a timpului; factorii psihologici și beneficiile secundare pot fi importante, inclusiv factorii interpersonali și financiari; strategiile de tratament trebuie să ia în considerare factorii psihologici;
- durerea cronică progresivă (de exemplu, durerea provocată de cancer): progresivă și constantă, cu presiune intensă asupra pacientului; anxietatea este adesea un factor important.

Se poate observa că, dacă cunoaștem tipul de durere prezentat de pacient, aceasta ne poate furniza indicații importante legate de strategia globală de tratament, precum și de abordările clinice hipnotice mai specifice.

Strategii și tehnici de gestionare a durerii

Inițial, este important ca pacientul să își acorde „permisiunea inconștientă” de a da voie terapeutului să îl ajute sau să faciliteze îndepărtarea durerii. Nu este suficient ca pacientul să vă ceară ajutorul la nivel conștient, deoarece durerea poate avea un anumit înțeles inconștient. Mulți dintre cei care tratează durerea în clinici nu au înțeles că există acest sens ascuns al său. Dacă nu există factori inconștienți aparenti care să contribuie la durere (determinați prin utilizarea semnalizării ideodinamice), atunci se pot folosi o serie de tehnici de tipul

relaxare de bază, întărirea eului, sugestii și imagerie, care sunt descrise mai jos. Atunci când se folosesc abordări de gestionare a durerii, este important ca terapeutul să sublinieze „siguranța și adecvarea”, din motive evidente. Un pacient cu o durere de spate dorește să se simtă mai confortabil, pentru a putea să se bucure de viață fără durerea constantă, „supărătoare”. Însă acest lucru ar fi probabil imposibil, dacă un asemenea pacient ar începe să sape în grădină! De asemenea, este important să-i vorbim pacientului despre controlul durerii. Poate fi utilizată următoarea abordare.

Intervenția 44. Utilizarea experienței de control al durerii

Știi că, atunci când ești îngrijorat, deprimat, ai dureri sau anticipezi durerea, îți încordezi mușchii frunții, ai gâtului și brațelor?... Iar atunci când ești liniștit, îți relaxezi acești mușchi și, în consecință, te simți mai confortabil?... Este dificil să relaxezi acești mușchi intenționat... trebuie să o faci indirect, amintindu-ți vremuri și locuri în care te-ai relaxat automat și inconștient... De exemplu, amintindu-ți perioada când erai în concediu și te distrai. În mod curios, atunci când înveți să faci asta automat, îți îmbunătățești de asemenea abilitatea de a tolera sau chiar de a ignora factori care te-au făcut anxios, depresiv sau să te simți inconfortabil. Un prim pas spre deprinderea controlului durerii este acela de a realiza că poți acorda atenție unui braț simțind cât de greu este și apoi observând greutatea din celălalt braț.

Olness și Gradner (1988) descriu o metodă numită „cutia cu comutatoare”, în care terapeutul explică copilului ideea că durerea este transmisă de la nervi în diferite părți ale corpului până la creier, care apoi îi transmite acestuia un „mesaj de durere” (se pot folosi desene colorate, pentru a facilita explicația).

Apoi, pacientul este rugat să aleagă un comutator care poate întrerupe sau modula semnalele nervoase incomplete (de exemplu, un buton sau o manetă), situat acolo unde dorește pacientul (de exemplu, în creier sau lângă locul în care e simțită durerea). Pacienții au fost rugați să practice întreruperea cu ajutorul comutatorului pentru perioade definite de timp, începând cu 10-15 secunde, și apoi pe perioade tot mai mari. Hawkins, Liossi, Hatira, Ewart și Kosimidis (1988) au folosit această tehnică într-un program pentru copiii ce erau supuși puncției lombare. De asemenea, am folosit cu succes această tehnică la pacienții dintr-o clinică de neurologie.

Hammond (1990a, p. 47) prezintă o clasificare utilă a strategiilor și tehnicilor hipnotice pentru gestionarea durerii. Însă, repet acest lucru, asemenea „liste” nu sunt exhaustive – există întotdeauna alte posibilități, iar inventarea unor modalități noi și creative de intervenție depind, iar imaginația terapeutului și de colaborarea intimă cu pacientul. Ca regulă generală, este important să învățăm pacientul autohipnoza pentru controlul propriei dureri cât de curând posibil în programul de tratament, deoarece pacientul dobândește astfel sentimentul controlului, care lipsește adesea la pacienții cu durere cronică. Întărirea eului poate fi de asemenea valoroasă în cazul pacienților cu durere cronică; aceștia dezvoltă deseori sentimente de stimă de sine scăzută și o evaluare scăzută a sinelui.

O altă rezervă importantă se referă la faptul că o anumită experiență senzorială trebuie să rămână întotdeauna, cu excepția unui mic număr de situații, cum sunt anestezia dentară, nașterea, durerea asociată cu cancerul, durerea din membrele-fantomă și atunci când hipnoza este folosită pentru anestezia chirurgicală (Hammond, 1990a, p. 49).

Relaxarea

Relaxarea este adesea foarte eficientă în controlul durerii legate de stres, mai ales al durerii acute, deoarece reduce anxietatea și tensiunea. În plus, este relativ ușor pentru pacienți să învețe cum să folosească singuri aceste tehnici. Mai jos sunt prezentate o serie de intervenții și, deși ele sunt redată separat, pot fi combinate destul de ușor. Înainte de începerea ședinței de hipnoză, amintiți-vă să îi spuneți pacientului ce așteptați să facă.

Intervenția 45. Relaxarea respiratorie

În primul rând, conștientizează-ți respirația... Lasă aerul să treacă prin nas și până în plămâni (*terapeutul merge în același ritm cu pacientul, spunând acest lucru atunci când pacientul inspiră*)... Lasă aerul din nou afară (*terapeutul spune acest lucru atunci când pacientul expiră*)... expirând toată tensiunea reziduală din mintea și corpul tău... Nu este nevoie să faci nimic, decât să lași ca acest lucru să se întâmple (*această secvență poate fi repetată de mai multe ori*)... Iar data viitoare când inspiri, inspiră profund și ține-ți un pic respirația... Pe măsură ce expiri, lași corpul tău să devină relaxat ca o păpușă de cârpă... Valurile de relaxare se răspândesc în fiecare parte a corpului tău, ca atunci când o piatră aruncată într-un ochi de apă într-o zi caldă de vară face ca valurile să se răspândească pe suprafața apei... Se răspândește în fiecare parte a corpului tău, de la vârful capului până în degetele de la picioare. Și, pe măsură ce relaxarea se răspândește în tot corpul tău, poate vei observa cât de confortabil se simte fiecare celulă din corp, în vreme ce descoperi acele amintiri și resurse pe care le deții pentru a te simți calm și profund relaxat.

Intervenția 46. Relaxarea pasivă progresivă pentru durerea specifică (training autogen modificat)

Clinicianul poate începe cu o abordare care ajută pacientul să își relaxeze întregul corp (vezi intervenția 45), apoi pot fi adăugate următoarele :

Poate exista o parte a corpului tău care dorește acum să experimenteze această relaxare profundă într-o măsură și mai mare... Lasă căldura, greutatea și relaxarea să curgă către acea parte a corpului tău... scaldând-o în relaxare și energie vindecătoare... Pe măsură ce restaurează acea parte a corpului tău spre o funcționare optimă... Știind la un anumit nivel că ai resursele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple... de la sine... Nu trebuie să faci nimic conștient... Având încredere în mintea ta inconștientă... pentru a lăsa ca acea parte a corpului tău să se simtă mai confortabil... dacă acest lucru este potrivit... în viitor.

Observați că nu se menționează care parte a corpului. Se subliniază relaxarea întregului corp. Acest lucru este destul de ușor pentru pacient și îl ajută să dezvolte destul de repede sentimentul controlului și abilității.

Intervenția 47. Sfera de lumină

Această secvență poate urma după intervenția 46.

Continui să respiri lent și fără efort... Poți lăsa o sferă de lumină calmă și vindecătoare să plutească în jurul corpului tău... pe măsură ce inspiri, astfel încât se deplasează de-a lungul spatelui tău și peste vârful capului... Pe măsură ce expiri, se scurge peste partea din față a corpului tău... îndepărtând toată tensiunea

reziduală... lăsându-ți corpul cald, greu și relaxat... Iar această sferă de lumină poate continua să plutească în jurul corpului tău mult după ce ai părăsit acest loc... atât timp cât este necesar și sigur pentru tine etc.

În toate aceste intervenții, atunci când a fost realizat un nivel adecvat de relaxare, pacientului i se poate cere să „ancoreze” această stare într-un anumit fel ; de exemplu :

Iar atunci când acest sentiment de relaxare este puternic și confortabil, împreună degetul mare și cel arătător și, pe măsură ce le freci unul de altul, devii din ce în ce mai relaxat... În timpul săptămânii, atunci când ești acasă sau la serviciu, poți face acest lucru, astfel încât să devii din ce în ce mai relaxat și să te simți tot mai confortabil în mod automat și spontan... Vei fi surprins să vezi cât de bine poate funcționa.

VAS mai poate fi folosită pentru a facilita reducerea intensității durerii. Se poate ca pacientul să fi fost deja familiarizat cu această abordare în timpul evaluării inițiale.

Imageria ghidată

Există multe modalități de utilizare a imageriei ghidate pentru ameliorarea durerii (Williamson, 2004). Metodele folosite sunt alese în funcție de natura durerii însăși, de experiențele și preferințele pacientului și, bineînțeles, de creativitatea terapeutului. Mai jos sunt date o serie de exemple, pentru a oferi terapeutului indicii privind posibilitățile variate.

Alden (1992) descrie o tehnică numită „bazinul magic”. Autoarea cere pacientului să își imagineze că merge pe o potecă dintr-o grădină sau pe o plajă și descoperă un loc ascuns, cu un bazin ce are proprietăți speciale pentru a liniști și a calma.

Apoi, pacientul își imaginează că intră în apă, lăsând apa magică să spele durerea și anxietatea, lăsând pe piele o peliculă invizibilă a vindecării. Alden sugerează mai departe că această tehnică poate fi folosită pentru bolile de piele, prin sugestia că apa are un efect medicinal. Am utilizat o tehnică similară care se numește „dușul magic”.

Intervenția 48. Tehnica dușului magic

După ce pacientul este în transă, este invitat să facă un duș magic.

Știi că picăturile de apă care vin din acest duș sunt picături magice, foarte speciale, care au proprietăți extraordinare de vindecare... Poți ajusta temperatura apei astfel încât să fie foarte relaxantă și confortabilă pe măsură ce curge peste corpul tău... ajutându-te să te simți mai calm și mai relaxat... pe măsură ce apa magică alunecă peste fiecare celulă din corpul tău, astfel încât îndepărtează toată tensiunea și disconfortul... vindecând fiecare celulă și restaurându-i funcționarea optimă... Poate există o parte a corpului tău ce are nevoie de această vindecare specială chiar acum... Lasă apa magică să curgă în acel loc... dizolvând tot disconfortul... pe măsură ce curge fără efort... afară din corpul tău...

O tehnică similară, „lichidul medicinal”, este descrisă de Hart și Alden (1994, p. 133), pacientul imaginându-și că bea o băutură cu gust bun care îi umple corpul și se atașează durerii. Atunci când durerea se atașează de lichid, ea își schimbă culoarea și consistența și poate fi golită din corp prin deschiderea unor „robinete” la vârful degetelor de la mâini și de la picioare. Bineînțeles că aceste tehnici pot fi folosite pentru o gamă largă de probleme psihosomatice; la fel și tehnica următoare.

Intervenția 49. Floarea magică

Pacientul este invitat să viziteze o grădină frumoasă (atunci când pacientul este evaluat în prima ședință de terapie, întrebați dacă îi plac florile sau grădinile). Adesea, „duc” pacientul mai întâi la locul său preferat și apoi în grădină.

Cum te uiți în jur, în locul tău preferat, observi culorile... formele... mișcările... bucurându-te de această experiență, simțindu-te relaxat, calm și în pace... Conștientizează sunetele pe care le auzi... Temperatura aerului pe mâinile și pe fața ta... Pe măsură ce te uiți de jur-împrejur, observi o potecă înaintea ta care te invită la plimbare... Te invit să urmezi această potecă, pășind pe ea până când ajungi într-o grădină foarte frumoasă, făcând șase pași... Numără de la șase la unu pe măsură ce pășești pe această potecă... devenind din ce în ce mai relaxat când mergi în jos spre grădină... și în grădină te uiți înapoi... conștientizând ceea ce vezi... ceea ce auzi... ceea ce trăiești... și observi o floare foarte frumoasă... Inspiră profund, îi simți parfumul vindecător... Lasă parfumul florii să intre în acea parte a corpului tău care are nevoie de vindecare specială acum... Știi că parfumul vindecător poate ajuta la restaurarea sentimentelor de confort, calm și pace...

În cursul ședinței de hipnoterapie, unul dintre pacienții mei cu durere cronică în zona lombară a spatelui a vizualizat spontan o imagine a broaștei ruginite de la o ușă care era dificil de deschis. A pus niște ulei pe broasca ușii, ceea ce a făcut ca mecanismul să funcționeze. După aceea, a spus că spatele său era foarte similar cu broasca ușii și că probabil l-ar ajuta „o infuzie de ulei”. Apoi, în următoarea transă, și-a imaginat că uleiul de măsline (ingerat odată cu mâncarea) merge în spatele său și lubrifică spatele, pentru a funcționa mai eficient. După

această ședință de terapie, a spus că durerea de spate a scăzut ca intensitate și că poate sta în picioare fără să se aplece mult mai mult decât putea sta înainte. Acest lucru a fost evident atunci când s-a ridicat de pe scaun. I s-a cerut să revadă această imagine în fiecare zi pe parcursul săptămânii. Când a venit la următoarea ședință de terapie, a spus că în cursul săptămânii problema sa cu spatele se ameliorase considerabil și că folosea acum uleiul de măsline în mâncare mult mai mult decât îl folosisese înainte! Sper că nu au apărut simptome iatrogene din acest motiv. Aspectul important este acela că pacientul însuși, nu terapeutul, a generat imaginea folosită.

Pacienții mai pot fi învățați să se vadă într-un alt loc, plutind pe un nor sau un covor magic sau cu alt mijloc de transport.

Transformarea durerii

Sunt folosite două modalități de transformare :

- cele în care durerea este mutată (dizlocată) într-o parte diferită a corpului ;
- cele în care experiența durerii (temperatura, culoarea, forma, senzațiile) este modificată, astfel încât să devină mai acceptabilă.

În metodele de transformare, pacientului nu i se cere să renunțe la durere, ci doar să o transforme. În transformarea fizică a durerii, aceasta este mutată sau dizlocată spre o parte a corpului care este mai puțin importantă pentru activitățile pacientului sau o parte care este mai puțin semnificativă (de exemplu, durerea de mână, care face ca pacientul să aibă

probleme la scris, poate fi mutată în degetul mic de la piciorul stâng). Durerea din extremități este de obicei mai puțin cauzatoare de teamă decât durerea abdominală (Karle, Boys, 1987). Această procedură este valoroasă mai ales în cazurile de durere cronică, intratabilă, benignă, când există deseori un motiv psihologic (de exemplu, beneficiu secundar), astfel încât pacientul să păstreze durerea. Barber (1990, p. 50) oferă următorul exemplu de înlocuire :

Pe măsură ce continui să acorzi atenție disconfortului tău abdominal, dă-mi de știre când începi să observi cea mai mică deplasare a acestei senzații... Așa este bine, acum observă că, pe măsură ce mișcarea se produce, poate în sens circular, pentru a crește... Se mișcă în sensul acelor de ceasornic sau în sens invers?... Așa este bine, continuă să fii curios pe măsură ce observi cum senzația continuă să se miște, într-o spirală care crește, rotindu-se continuu în abdomenul tău și observă care picior începe să se miște...

Probabil că este o idee bună ca terapeutul să întrebe pacientul în care parte a corpului ar dori să mute durerea. Încă o dată trebuie subliniat că terapeutul trebuie să fie precaut cu adoptarea acestor proceduri și să se consulte cu medicul în privința naturii problemelor pacientului.

Substituirea unei senzații cu alta (de exemplu, prurit, presiune sau căldură) în ceea ce privește durerea trebuie să ajute la interpretarea ei. Hart și Alden (1994) spun că succesul este mai probabil dacă senzația de substituție nu este în totalitate plăcută, pentru că acest lucru nu ar fi plauzibil pentru pacient (p. 135). Acestuia i se poate cere să își imagineze durerea (amintiți-vă că aceasta trebuie să fie o parte a procedurii de evaluare) și să schimbe una sau mai multe calități semnificative ale acesteia, cum ar fi forma, culoarea, mărimea, temperatura

sau intensitatea. Sugestiile de căldură la nivelul mâinii și răcorirea capului sunt folosite în special pentru migrenă (Alladin, 1988), iar căldura mâinii pusă pe stomac pentru sindromul de colon iritabil (Whorewell, Prior, Fragher, 1984). Folosirea VAS (descrisă anterior) este o metodă eficientă pentru modificarea intensității durerii și pentru monitorizarea eficacității terapiei.

Intervenția 50. Vizualizarea durerii
(adaptată după Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1978, p. 205)

Concentrează-te asupra durerii și observă ce culoare are... vezi culoarea, forma și dimensiunea ei foarte clar... Pe măsură ce continui să respiri încet și fără efort, durerea îți apare tot mai clar... poate fi de mărimea unei mingi de tenis... sau a unui grapefruit... sau a unei mingi de baschet... Proiectează mental mingea în spațiu... poate la o distanță de câțiva metri de corpul tău... Fă mingea să devină mai mare, aproximativ de mărimea unei mingi de baschet... apoi redu mărimea ei la dimensiunea unui bob de mazăre... Acum las-o să devină de mărimea dorită... Lasă ca acest lucru să se întâmple de la sine... Acum începi să schimbi culoarea mingii, făcând-o întâi roz și apoi verde-deschis... Așa că ia acum mingea verde și pune-o înapoi unde ai văzut-o la început. Iar în acest punct, observă dacă durerea ta s-a redus... și, pe măsură ce deschizi ochii, ești pregătit să îți reiei activitățile normale.

În mod normal, nu este nevoie să hipnotizăm mai întâi pacientul, deoarece însăși angajarea în vizualizare va induce transa.

Distorsiunea temporală

Faptul că distorsionăm timpul, încetinindu-l sau accelerându-l, este un fenomen bine cunoscut astăzi. Această idee trebuie explicată pacientului prin folosirea unui exemplu uzual (de exemplu, privitul unui program TV interesant, în comparație cu așteptarea unui autobuz în ploaie), subliniind faptul că pacientul are resursele pentru a încetini trecerea timpului atunci când se simte confortabil și de a-l accelera atunci când trăiește un nivel inacceptabil de durere. Este util să cerem pacientului să dea un exemplu personal, ceea ce probabil va putea face destul de repede.

Intervenția 51. Distorsiunea timpului

Știi deja cum să modifice trecerea timpului?... Să îl încetinești și să îl accelerezi, chiar dacă nu știi exact cum faci asta... Există momente în viață când timpul se scurge foarte repede... Atunci când te distrezi, de exemplu... Și există alte momente când timpul trece foarte încet (*terapeutul poate încetini ritmul vorbirii atunci când spune acest lucru*)... Așa că ai deja resursele pentru a face acest lucru fără a încerca să întreprinzi nimic... Pentru că pur și simplu se întâmplă... Așa că poate reușești să lași timpul să treacă mai încet atunci când te simți confortabil și relaxat... În timp ce atunci când nu te simți confortabil, poți lăsa timpul să treacă mult mai repede... Astfel, vei avea mai mult timp pentru a trăi sentimentul de confort și relaxare... Atunci când știi că poți face acest lucru fără să încerci, mâna ta se va ridica... Atunci când va ajunge în dreptul feței tale, ochii tăi se vor deschide?

Proiecția

Jaffe și Bresler (1980) cer pacientului să dea durerea unui „animal prietenos” pentru a o păstra în siguranță sau cer un sfat pentru a gestiona durerea (vezi intervențiile 17 și 52). Este important ca terapeutul să sublinieze faptul că pacientul poate ține o parte din durere pentru el însuși, precum și ideea că „animalul preferat” are doar grijă de durere, iar pacientul o poate primi înapoi oricând. Tehnici similare includ punerea durerii într-o cutie, într-un sertar sau într-un plic sau trimiterea prin poștă a durerii către un prieten. Odată, am cerut unui pacient să își pună durerea într-un plic ce a fost sigilat, etichetat cu numele pacientului, cu o scurtă descriere a conținutului și plasat într-un sertar închis. Câteva zile mai târziu, pacientul mi-a telefonat pentru a se asigura că durerea era în continuare închisă în siguranță, deoarece se temea că „ar putea scăpa” ori „s-ar putea pierde”. L-am reasigurat că era încă în sertar în plic. Pacientul a continuat să verifice din când în când, iar doi ani mai târziu durerea era încă în sertar !

Intervenția 52. Durerea dată unui animal prietenos

Inspiră profund și lasă-ți corpul să plutească spre locul tău preferat în aer liber, observând ceea ce vezi... ceea ce auzi... ceea ce miroși... și ceea ce atingi... simțind temperatura aerului pe mâinile și fața ta... și felul în care te simți acum... Inspiră energie vindecătoare, care se scurge în fiecare parte a corpului tău, fiecare celulă devenind relaxată și simțindu-se complet confortabil. Pe măsură ce continui să te bucuri de acest sentiment de relaxare fără efort, observi o potecă prietenoasă în fața ta și, cum te uiți mai atent, observi o sferă de lumină aducătoare de pace care se mișcă încet și fără efort spre tine...

Începi să te bucuri de pacea și calmul ce radiază de la ea... Pe măsură ce se apropie tot mai mult, vezi cum se transformă într-un animal sau o persoană prietenoasă... Îi urezi bun-venit prietenului tău și îl întrebi cum se numește și poți să îi împărtășești orice informație personală, dacă este potrivit să faci acest lucru. Aș dori să știi că prietenul tău este foarte special și te poate ajuta cu problemele din viața ta, inclusiv cu durerea... Poate avea grijă de durerea ta atât timp cât dorești... Acest lucru nu îi va produce nici un disconfort. Poți să îl întrebi dacă poate face acest lucru pentru tine. Dacă răspunsul este pozitiv, atunci dă-i durerea ta într-un mod special, știind că poți să o ceri oricând înapoi. Așa este foarte bine! Iar acum este momentul să îi mulțumești prietenului tău și să îi spui la revedere, știind că îl poți întâlni oricând dorești în viitor... Tot ce trebuie să faci este să mergi în acest loc special și să observi poteca și sfera de lumină... Acum, fiind în locul tău special încă o dată, cu fiecare respirație, devii din ce în ce mai ușor, această senzație răspândindu-se în sus prin corpul tău, spre față și până în pleoape, pe măsură ce ele se deschid încet... Foarte bine... ești în această încăpere... simțindu-te relaxat și confortabil... și având încredere în mintea ta inconștientă, pentru a te lăsa să stai așa atât timp cât îți este comod. Știi data de azi, ziua săptămânii și ce vârstă ai... Poate îmi poți spune cu ce mijloc de transport vei merge acasă după ședința de terapie.

Analgezia și anestezia hipnotică

Analgezia și anestezia pot fi sugerate direct sau prin metode ericksoniene indirecte. Metodele indirecte sunt mai potrivite pentru pacienții rezistenți, mai ales cei care au beneficii secundare de pe urma durerii și ce resping o abordare directă.

Hawkins și colaboratorii săi (1988) au folosit următoarea sugestie directă :

Acum vom face un număr greu de magie ... Întâi trebuie să lași partea inferioară a spatelui să doarmă timp de câteva minute...

Îți voi arăta cum să faci... Voi plasa mâna mea pe spatele tău, pentru a-l ajuta să amortească... să adoarmă și să amortească... ușor și somnoros.

Imaginează-ți că pictezi un medicament care amortește pe spatele tău.

Imaginează-ți cum injectezi un anestezic în partea inferioară a spatelui tău... și simți cum intră în corp... Observă schimbarea senzațiilor pe măsură ce zona amortește.

Kuttner (1986) descrie folosirea „anesteziei în mână” sau tehnica mână magice folosită cu un copil ce suferea de cancer și căruia îi plăcea profund chimioterapia. Copilul a fost rugat să își imagineze că pune o mână magică pe mână pentru a acoperi, a proteja și a amorți mână. Odată ce mână era acolo, acul era băgat în venă fără dificultate. Este esențial ca pacientul (și părinții, în exemplul de mai sus) să fie pregătit corespunzător pentru aceste abordări, pentru că dezvoltarea unui set mental pozitiv sau a expectanțelor este o parte importantă a procesului.

Hawkins și colaboratorii săi (1998) au folosit următoarea tehnică pentru transferarea amorțelii de la mână în zona durerii la copiii cu cancer :

Acordă atenție mâinii tale... observă senzația de gâdilare din mână ta... las-o să amortească... Când este foarte amorțită, atinge partea de jos a spatelui tău cu mână... lasă amorțea să treacă din mână ta în spate.

Pacientului i se mai poate cere să își amintească un moment în care a primit un anestezic :

Intră în mintea ta și găsește un moment din viață în care o senzație plăcută de amorțea s-a instalat în corpul tău. Observi deja cum încep aceste schimbări confortabile? Este foarte pozitiv

și reconfortant să știi că poți lăsa ca aceste schimbări să aibă loc și că mintea ta inconștientă îți poate permite să faci acest lucru oricând este potrivit pentru tine. Așa este foarte bine, pe măsură ce lași aceste senzații să se răspândească spre o anumită parte a corpului tău, poți fi surprins să descoperi că orice parte a corpului pe care o alegi poate fi foarte relaxată.

Metaforele și poveștile

Utilizarea poveștilor și metaforelor este o modalitate bună de a trece peste orice rezistențe conștiente pe care le-ar putea avea pacientul. Ele trebuie atent adaptate intereselor pacientului și problemei. Hammond (1990a, pp. 45-83) furnizează o serie de exemple în acest sens.

Hipnoanaliza

În hipnoanaliză, pacientul poate fi regresat înapoi în momentul dinaintea începerii durerii sau într-un moment în care durerea a fost mai puțin severă, astfel încât să se bucure de trăirea confortului și calmului în acea zonă a corpului care în prezent este afectată de durere.

Intervenția 53. Regresia psihosomatică pozitivă

Închide ochii și dezvoltă orice nivel al transei adecvat pentru tine, lasă mintea ta inconștientă să te ducă înapoi în timp, în acel moment din trecut în care corpul tău se simțea bine și confortabil... Atunci când te puteai bucura de fiecare parte a corpului tău care se simțea relaxat, confortabil și liniștit... Atunci când mintea ta inconștientă a găsit acea experiență în care întregul tău corp s-a simțit confortabil, îți poți mișca unul dintre

degete pentru a indica faptul că acest lucru s-a întâmplat, chiar dacă nu știi încă acest lucru în mod conștient... Cred că te vei bucura de trăirea acelor senzații de confort în întregul corp, incluzând spatele (*sau zona în care există durerea*)... Știi că ai resursele pentru a lăsa acest lucru să se întâmple oricând în viitor... Când este bine pentru tine și ești în siguranță... Știi că împreunarea degetului mare și a arătătorului este un semnal pentru ca acest lucru să se întâmple atunci când dorești... Iar acum ia cu tine aceste sentimente și senzații în viitor și trăiește felul în care faci ceva ce îți este potrivit și de care te poți bucura... simțindu-te relaxat și confortabil.

Terapeutul poate continua și cu o abordare ideodinamică :

Aș dori să rog mintea ta inconștientă ca, oricând dorește și poate, să te lase să iei cu tine aceste sentimente și senzații pozitive de confort și stare de bine în viitor... și să lase corpul (*sau o zonă specifică*) lui John (*numele pacientului*) să se simtă complet confortabil atunci când este potrivit și în siguranță... etc.

Faptul că-i solicităm pacientului să progreseze în timp de la un punct înainte față de cel când a apărut durerea poate facilita o regresie în timp, până la punctul când a început problema :

Găsește un moment din viața ta în care corpul s-a simțit confortabil și în pace, iar acum progresează până în momentul dinaintea celui în care corpul tău a început să se simtă mai puțin confortabil... Progresează încet până la acel punct în timp când corpul tău s-a simțit inconfortabil.

Este esențial ca terapeutul să aibă o experiență considerabilă în utilizarea acestor abordări, deoarece poate apărea o abreactie semnificativă (vezi capitolul 3 și, de asemenea, Kleinhaus, Berab, 1981 ; Carich, 1986 ; Hammond, 1990a).

În afară de tehnica de bază pentru regresie prezentată mai sus, se pot folosi și metodele hipnoanalitice discutate în capitolul 5, pentru a accesa dinamica inconștientă care menține sau exacerbează durerea.

Hipnoza în tratamentul unor probleme specifice de durere

Există multe dureri specifice care pot fi ameliorate prin hipnoză. Cele discutate aici includ durerea de spate și cefaleea, problemele gastrointestinale și dermatologice, durerea asociată cu procedurile medicale (cum ar fi schimbarea pansamentelor și puncția lombară) și cancerul.

Durerea de spate

Abordarea prin „noua hipnoză” dezvoltată de Aaroz (1985) încurajează pacienții să se centreze pe durerea de spate lombară și să experimenteze ce gânduri, sentimente și imagini apar. Ei sunt încurajați să permită minții raționale să stea deoparte și să lase „orice să apară”. Adesea, apar amintiri, expresii psihosomatice și imagini neobișnuite. Prin discutarea, retrăirea și recadrarea acestor experiențe, pacienții pot elibera deseori o mare parte din „suferința” asociată cu durerea (Burte, Burte, Aaroz, 1994, p. 100). Această tehnică are multe puncte comune cu puntea somatică, abordare discutată în capitolul 5, și poate fi înțeleasă în termeni de „vindecare psihosomatică”, respectiv de utilizare a proceselor mentale inconștiente sau ceea ce Rosși (1996) numește „prelucrarea hipnoterapeutică”.

Migrena și cefaleea nemigrenoasă

Beneficiile relaxării hipnotice și a sugestiilor pentru pacienții cu cefalee au fost raportate de Cederdrentz, Lahtenmaki și Tulikoura (1976), Drummond (1981) și Carasso, Peded și Kleinhauz (1985). În primul studiu au fost necesare trei sau patru ședințe de grup, pe când în celălalt au fost utilizate nouă ședințe de terapie de grup și ședințe terapeutice individuale, iar pacienții au practicat relaxarea de două ori pe zi. Se pot realiza însă o serie de adaptări specifice patologiei acestui tip de cefalee. A fost sugerat (Bakal, 1975 ; Adams, Feuerstein, Fowler, 1980) că, în faza prodromală a migrenei, există o constricție a vaselor de sânge craniene urmată imediat de o dilatare compensatoare, responsabilă de unele simptome, cum sunt durerea, greața și amețeala. În consecință, în afară de sugestia relaxării și practica regulată a autohipnozei, se pot face sugestii, cu imagerie potrivită, pentru redistribuirea rezervei sangvine. Edmonston (1981) concluzionează că sugestiile specifice pot fi o componentă activă în tratamentul migrenei. Aceste schimbări pot fi sugerate direct, cerând pacientului să își imagineze procesul de constricție al arterelor craniene (Anderson, Basker, Dalton, 1975) sau să își imagineze cum mâinile se încălzesc prin folosirea imageriei în care le scufundă în apă caldă (Alladin, 1988). În general, procedurile descrise ca fiind „hipnotice” par să dea rezultate bune (Anderson *et al.*, 1975 ; Friedman, Taub, 1985 ; Berlin, Erdmann, 1987 ; Davidson, 1987 ; Alladin, 1988 ; Matthews, Flatt, 1999). Gibson și Heap (1991) sugerează că :

Practicianul poate fi sfătuit ca, atunci când tratează migrena, să folosească o procedură hipnotică în stare să sublinieze atât relaxarea generală și încălzirea mâinilor, cât și modificările vasculare

adecvate. Sugestiile de întărire a eului mai pot fi încorporate în intervenția hipnotică, iar ședința de hipnoză poate fi înregistrată audio pentru utilizarea zilnică (sau chiar mai frecvent) de către pacient (p. 107).

Problemele gastrointestinale

Sindromul de colon iritabil (SCI)

SCI este cea mai comună boală a intestinului, afectând între 10 și 20 % dintre adulți. Pacienții sunt adesea prinși într-un cerc vicios, în care stresul declanșează simptomele, care la rândul lor exacerbează stresul. Factorii psihologici sunt implicați în debutul și agravarea simptomatologiei (Switz, 1976). Simptomele SCI includ durerea abdominală, balonarea, crampele și flatulența, precum și alternanța diareei și constipației. De obicei, pacienții sunt anxioși și depresivi, deși nu există o relație directă între SCI și anumite tulburări psihologice (Welch, Hillman, Pomare, 1985). O serie de studii bine documentate au demonstrat faptul că hipnoza poate fi o strategie valoroasă de tratament pentru SCI (Solloway, 2005 ; www.ibshypnosis.com/IBSresearch.html). Probabil primul și cel mai bun studiu în acest domeniu a fost publicat în *The Lancet*, în 1984 (Whorwell, Prior, Faragher). Studiul a folosit un grup de control placebo și a arătat contrastul dramatic dintre răspunsul la tratamentul prin hipnoză, comparativ cu grupul placebo. 30 de pacienți cu simptome severe neresponsivi la alt tip de tratament au fost aleși la întâmplare pentru a fi tratați în șapte ședințe de hipnoterapie direcționată pe intestin (15 pacienți) sau șapte ședințe de psihoterapie, plus pastile cu efect placebo (15 pacienți). În grupul tratat prin psihoterapie a existat o ameliorare mică, dar semnificativă a durerii abdominale și distensiei, precum și a

stării de bine generale, dar nu și a modului de activitate intestinală. Pacienții tratați prin hipnoterapie au prezentat o ameliorare dramatică a tuturor simptomelor principale. Cei tratați hipnoterapeutic nu au prezentat nici o recădere de-a lungul unei perioade de supraveghere de trei luni.

Cercetările ulterioare au confirmat aceste prime rezultate ; de exemplu, Whorwell, Prior, Colgan, 1987 ; Houghton, Heyman, Whorwell, 1996 ; Houghton *et al.*, 1999 ; Lea *et al.*, 2003 ; Cooper, Cruickshanks, Miller, Whorwell, 2003. În hipnoterapia direcționată spre intestin se induce mai întâi transa, apoi pacientului i se cere să își plaseze mâna pe abdomen și să genereze senzația de căldură sau confort. Aceasta este urmată de sugestia reducerii simptomului și controlul asupra funcționării intestinului. Se folosesc imageria ghidată și metaforele. Sunt subliniate hotărârea și o atitudine pozitivă din partea pacientului. Se folosește o înregistrare audio zilnică pentru autohipnoză în scopul reîntăririi, iar ședințele de terapie se încheie cu sugestii de întărire a eului. Acestea sunt adaptate pentru fiecare situație în parte și pentru nevoile pacientului.

Zimmerman (2003) descrie utilizarea sugestiilor facilitate hipnotic în cazul unei femei diagnosticate cu o tulburare funcțională cu caracteristici de SCI. Având în vedere lipsa ei de răspuns la terapia farmacologică, motivația pacientei și lipsa contraindicațiilor, utilizarea hipnozei a părut adecvată. Mai trebuie notat faptul că pacienta și-a descris foarte viu și clar simptomele, utilizând metafore. În primele două ședințe de terapie, Zimmerman a instruit pacienta pentru a folosi autohipnoza și imageria ghidată, pentru a facilita relaxarea și pentru a crește sentimentul de control, precum și pentru a stabili semnalele ideodinamice. Deși au fost remarcate o serie de îmbunătățiri chiar după primele două ședințe de terapie, abia la a treia

ședință a apărut o îmbunătățire semnificativă, atunci când a fost utilizată metafora „curățarea râului”. A fost folosită imaginea unui râu pentru a evoca curgerea lină, coordonată prin tractul digestiv normal, precum și fluxul normal al gestionării emoțiilor pacientei. Ședința de terapie a început cu o metaforă de întărire a eului folosind un copac drept simbol al puterii și forței, subliniind în acest context contactul tactil. Pacienta a fost apoi încurajată să își examineze propria imagine reflectată în apele unui râu calm, înconjurat de stres. Ședința a culminat cu obstrucția râului și invitația ca pacienta să îndepărteze obstacolul și să refacă acea curgere liniștită. Aceasta a declanșat o abreacție a pacientei care a părut să ducă la o rezolvare cu succes a problemei. Metafora se adresează atât motilității modificate a intestinului, cât și conținutului emoțional al simptomelor. Zimmerman concluzionează că : „Abreacția trăită de această pacientă, precum și comentariile ei la terminarea ședinței de terapie sugerează deblocarea răspunsului său emoțional, mai degrabă decât a intestinului, ca factor principal de recuperare”.

Deși există dovezi referitoare la folosirea hipnoterapiei în tratamentul SCI, ea nu trebuie privită ca panaceu universal, deoarece până la 25 % dintre pacienți nu răspund la hipnoterapie. Chiar dacă pacienții prezintă o ameliorare, abordările terapeutice convenționale nu trebuie să fie neapărat ignorate. Este important să fie luați în considerare factorii legați de stilul de viață (de exemplu, dieta). În plus, unii pacienți pot avea nevoie de administrarea ocazională de loperamidă sau laxative, în funcție de tulburarea intestinală habituală. Cu toate acestea, un studiu recent efectuat de Cox, Lusignan și Chan (2004), care a implicat medicii de familie din Marea Britanie, indică faptul că peste 70 % dintre aceștia consideră că hipnoterapia poate avea

un rol în gestionarea pacienților cu sindrom de colon iritabil și-i trimit pentru a fi tratați de hipnoterapeuți calificați.

Hipnoza a fost de asemenea folosită pentru sedarea pacienților în timpul endoscopiei gastrointestinale (Zimmerman, 1998). Tehnicile folosite au inclus metaforele, relaxarea, imageria și sugestiile posthipnotice.

Boala Crohn (BC)

Boala Crohn (BC) este o boală intestinală inflamatorie definită la ora actuală ca un sindrom nespecific și cronic de etiologie necunoscută, implicând cel mai frecvent partea inferioară a intestinului subțire (ileonul), intestinul gros sau colonul. Boala poate debuta la orice vârstă, dar cel mai frecvent debutează între 15 și 30 de ani. Nu există nici un tratament convențional (medical sau chirurgical), deși o serie de studii de caz recente și de rapoarte anecdotice arată că folosirea diferitelor tipuri de hipnoterapie în tratamentul bolii Crohn au dus efectiv la vindecarea bolii (Abela, 1999). Dovezile recente demonstrează că stresul cauzat de evenimentele psihosociale și emoțiile negative este implicat cu siguranță în evoluția bolii și chiar în debutul său (Greene, Blanchard, Wan, 1994). Studiile au arătat că pacienții cu BC au mai mult sentimentul de a fi sub presiune, în comparație cu subiecții din grupele de control, deși pacienții cu BC au un nivel mai scăzut al stresului decât subiecții din grupele de control (von Wietersheim, Kohler, Fereies, 1992). Mai mult, alte studii au demonstrat că emoțiile negative, mai ales furia și mânia, sunt în general prezente și blocate la nivel inconștient, astfel că aceste emoții sunt direcționate spre interior (Schafer, 1997). Schafer a arătat că prin hipnoterapie se pot controla caracteristicile autoimune ale bolii ori se poate obține *insight*-ul asupra emoțiilor negative, ducând în general

la remisiunea completă a bolii Crohn. Tehnicile de hipnoză folosite au inclus vizualizarea, sugestiile și metaforele, împreună cu explorarea regresivă pentru *insight* și înțelegere, implicând rezolvarea emoțiilor negative. În plus, au fost utilizate întărirea eului, sugestii pentru sănătate în general și pentru creșterea stimei de sine. Abela (1999) concluzionează că hipnoterapia este indicată ca terapie complementară pentru boala Crohn împreună cu tratamentele medicale (de exemplu, terapia cu corticosteroizi).

Colita ulcerativă

O altă formă comună de SCI este colita ulceroasă (CU). Deși în etiologia CU pot fi implicați mulți factori, probabil că evenimentele stresante din viață pot declanșa simptomele. Hipnoza poate fi utilizată pentru reducerea durerii abdominale și pentru balonare (de exemplu, sugerând pacientului că mușchii săi intestinali devin mai netezi și calmi).

Probleme dermatologice

Studiile științifice recente arată rolul stresului în debutul și/sau exacerbarea multor probleme dermatologice. Datorită importantului rol social și psihologic jucat de piele și de aspectul său, bolile de piele pot produce la rândul lor o serie de reacții psihologice, inclusiv depresia, rușinea, izolarea socială și furia (Folks, Kinney, 1992). Aceste studii indică faptul că sunt necesare tehnici de reducere a stresului, din care face parte și hipnoza. Sugestia hipnotică a fost mult timp considerată efecă pentru ameliorarea diverselor boli de piele (Schnefeldt, 2000, 2003a, 2003b). Multe studii recente arată că există o legătură între folosirea hipnozei și modificarea răspunsului pielii pentru

diverse afecțiuni dermatologice, cum este psoriazisul (Tausk, Whitmore, 1999), dermatita atopică (Stewart, Thomas, 1995), negii (Ewin, 1992; Goldstein, 2005), alopecia aerată (Thompson, Shapiro, 1996) și eczema (Mantle, 2001). Practicarea hipnozei pentru stresul moderat este eficace pentru o multitudine de boli de piele care sunt exacerbate de anxietate.

Cheek (1961) explică modul în care folosește variate tehnici hipnotice pentru a trata manifestările cutanate, în mod special infecțiile cu herpes genital. În opinia lui Cheek, răcorirea pielii afectate prin utilizarea hipnozei este mult mai eficace decât orice alte metode farmacologice. În hipnoza ușoară, Cheek stabilește semnalele cu ajutorul degetelor și cere permisiunea pentru răcorirea Țesuturilor și pentru a le păstra astfel timp de două ore. El începe cu o zonă neimportantă pentru producerea unei senzații de răcoare, cerând pacienților să își imagineze că mestecă „mentă și o inspiră”. În timp ce pacientul este în transă, autorul cere degetului „da” să se ridice atunci când gura este răcorită, iar pacientul să îi spună atunci când conștientizează răcoarea. Atunci când pacientul crede că simte schimbarea, terapeutul îi cere să experimenteze aceeași răcoare în zona lezată.

Cheek mai folosește hipnoza pentru a ajuta pacienții să dezvolte o atitudine mai pozitivă față de sine însuși și să se imagineze pe sine în viitor fără problema de piele. Pentru realizarea acestor scopuri, autorul a utilizat fenomenele de transă hipnotică, cum este capacitatea ridicată de concentrare, distorsiunea timpului, amnezia, amintirile spontane, analgezia, catalepsia și așa mai departe.

Alte tehnici hipnotice care pot fi folosite includ un ecran de televizor pus pe „canalul din viitor” în care pacienții își văd corpul lipsit de boala de piele actuală sau cu părul care începe din nou să crească ori se imaginează folosind o perie cu ajutorul

căreia îndepărtează leziunile de pe spate sau de pe mâini, astfel încât să curețe și să lustruiască trupul pentru a-l în- sănătoși din nou. Abordările care facilitează schimbările ideosenzoriale (căldura, răcoarea, gâdilatul) sunt în mod particular valoroase pentru tratamentul negilor și al herpesului (Tasini, Hackett, 1977), dar mai pot fi utile pentru alte probleme dermatologice.

Stewart și Thomas (1995) au folosit hipnoterapia pentru a trata dermatita atopică la adulți și la copii. 20 de adulți cu dermatită atopică extinsă, rezistenți la tratamentul convențional au fost tratați hipnoterapeutic, cu un beneficiu statistic semnificativ, care a fost menținut până la doi ani. Douăzeci de copii cu dermatită atopică severă și rezistentă au fost tratați cu ajutorul hipnozei; cu excepția unuia, toți au prezentat o ameliorare imediată, care a fost menținută în timpul celor două examinări de urmărire. În alte 12 cazuri care au implicat copii, răspunsurile date la un chestionar aplicat la 18 luni după tratament au arătat că 10 dintre ei au continuat să-și îmbunătățească starea în ceea ce privește pruritul și scărpınatul, 9 în ceea ce privește tulburarea somnului și 7 în privința dispoziției.

Atunci când metodele directe de hipnoterapie sunt ineficace, pot fi sugerate abordările hipnoanalitice pentru a explora dinamica inconștientă.

Intervenția 54. Intervenție generală pentru o problemă dermatologică

Închide ochii și intră în mintea ta și găsește un moment din viața ta în care pielea ta era netedă și sănătoasă... Lasă toate resursele pe care le ai să permită pielii tale să rămână netedă și sănătoasă, plutind spre acea parte a corpului... Pielea devine curată, sănătoasă și moale pe măsură ce toate aceste resurse

îndepărtează stresul și tensiunea din viața ta... Lasă orice imagine sau gând să te ajute să rezolvi problema... Atunci când știi că acest lucru va continua să se întâmple după ce ai plecat de aici, unul dintre degetele sale se va mișca sau mâna ta se va ridica de la sine?... Așa este foarte bine, continuă să lași ca acest lucru să se întâmple, nu este nevoie să faci nimic... Poate că mintea ta inconștientă poate găsi alte modalități de a gestiona stresul din viața ta, modalități care sunt pozitive și îți îmbunătățesc viața, permițându-ți să ai o calitate mai bună a vieții... Atunci când știi că acest lucru se poate întâmpla, se va mișca un alt deget sau celălalt braț se va ridica?... Așa este foarte bine, știind că toate aceste lucruri se întâmplă de la sine.

Este vizibil imediat că această intervenție creează o atmosferă de speranță și expectații pozitive, deși s-ar putea să nu existe o dovadă imediată a acestora. Așa cum spunea unul dintre pacienții mei: „Dacă pielea mea nu se face bine mâine sau săptămâna viitoare, există întotdeauna posibilitatea ca acest lucru să se întâmple mai târziu. Dacă spun acest lucru cu voce tare, asta devine și mai clar”. Multe dintre celelalte intervenții prezentate în această carte mai pot fi adaptate pentru problemele dermatologice.

Studiul de caz 5. Hipnoza în tratamentul psoriazisului

Pacienta, Martine, era o studentă la psihologie în vârstă de 22 de ani. În cursul evaluării inițiale, a explicat că, atunci când este stresată, suferă de psoriazis, care uneori îi afectează întregul corp. I s-a cerut să spună la ce nivel de intensitate este psoriazisul său în acest moment, utilizând o scală de la 0 la 10. A spus că era la 6, dar în unele situații ajunsese la 10. Atunci când a fost întrebată care a fost cea mai scăzută intensitate, a

spus că de obicei era 3, înainte de vacanța de vară. Martine a explicat de asemenea că problema a început atunci când avea 11 ani. Apoi terapeutul a întrebat-o în transă:

Ce nivel de intensitate ar fi acceptabilă pentru tine?

Martine a spus că 2 sau 3 ar fi acceptabil. Terapeutul a făcut următorul comentariu:

Atunci când ești stresată, pielea ta reacționează inconștient la acest stres ca mijloc important de comunicare... Așa că trebuie să ascuți ceea ce îți spune... Deși poți reduce nivelul intensității la un grad mai acceptabil și mai confortabil, probabil mintea ta inconștientă poate găsi o modalitate mai eficientă de a gestiona stresul. Iar acum găsește un moment din viața ta în care ți-ai folosit resursele interioare pentru a afecta o reacție a pielii de intensitate mult mai redusă sau acel moment dinaintea vârstei de 11 ani... Atunci când mintea ta inconștientă a găsit acest moment, se va ridica degetul sau mâna ta?

Mâna dreaptă a Martinei s-a ridicat fără efort, într-o manieră care a indicat că era o mișcare inconștientă, mai degrabă decât una intenționată.

Și acum revezi această experiență timpurie de la început până la sfârșit... Atunci când se sfârșește, cealaltă mână se va ridica? Și nu este nevoie să știi nimic despre această experiență, decât ceea ce este potrivit pentru tine să știi la nivel conștient în acest moment pentru a te ajuta să rezolvi probleme. Poți trăi unele părți ale acestei experiențe... poate imagini, gânduri, sentimente, senzații, orice se întâmplă de la sine.

În acest punct, Martine a spus, fără să fie întrebată, că mintea ei era complet „albă”, dar că simțea tensiune în partea superioară a pieptului.

Pune mâna pe zona în care simți tensiunea.

Martine a pus mâna în partea de sus a pieptului și am întrebat-o dacă este în regulă să pun mâna acolo. A dat din cap că da.

Pe măsură ce aplic presiune pe pieptul tău, respiră din ce în ce mai profund, sonor.

Ea a început să plângă, moment în care am făcut următorul comentariu :

Lași lacrimile să curgă, poți învăța ceva din asta cu privire la problema ta... și poți lăsa ca aceste lucruri învățate și resursele tale să intre în fiecare bucatăică a pielii tale... calmând-o și masând-o până devine sănătoasă... netedă și moale... În vreme ce se întâmplă acest lucru, știi că asta se poate întâmpla în viitor de la sine... Așa cum ieri apa din lacul de afară făcea valuri în vânt și micile valuri stropeau bărcile ancorate în port... Dar astăzi vântul a dispărut... soarele strălucește deasupra apei... și apa este calmă și netedă... Pe măsură ce soarele cald îndepărtează orice mișcare pentru a lăsa ca totul să fie liniștit și confortabil... Pe măsură ce înveți modalități de a gestiona mai eficient felul în care corpul tău se descurcă cu stresul din viața ta... Atunci când știi cum să faci, deși nu știi că știi... brațul tău se va ridica încă o dată?

Brațul Martinei s-a ridicat încet.

Împreunează-ți degetul mare și cel arătător, știind că ai aceste resurse și că poți folosi ceea ce ai învățat în această ședință de terapie... În viitor, atunci când ești stresată, tot ce trebuie să faci este să găsești un loc confortabil... să te uiți la mâna ta stângă... să o lași să se ridice de la sine... și apoi să împreunezi degetul mare și arătătorul.

După aceea, Martine a spus că în timpul ședinței de terapie a realizat ceea ce s-a întâmplat la vârsta de 11 ani, până în momentul la care a început să plângă din cauza stresului, dar apoi s-a oprit din plâns și a lăsat ca pielea ei să plângă în locul său ! Nu am interpretat declarația ei, ci i-am spus că putea să își dea seama ce s-a întâmplat, conștient și inconștient, poate într-un vis, mai târziu, pe parcursul zilei. În final i s-a cerut să treacă prin ședința de terapie în transă, pentru a găsi tot ceea ce învățase :

Închide ochii și intră în mintea ta, mergând înapoi până la începutul ședinței de terapie sau chiar mai înainte... Cu fiecare experiență învățată, lasă ca degetul tău să se miște... Atunci când ai terminat, mâna ta se va ridica până la un moment viitor la care problema ta va fi rezolvată corespunzător? Acest lucru se va întâmpla la sfârșit de săptămână sau la următorul sfârșit de săptămână ori într-un moment situat între ele? Te poți întreba când se va întâmpla acest lucru... Atunci când știi asta, ochii tăi se vor deschide pe măsură ce mintea și corpul tău colaborează pentru rezolvarea acestei probleme?

Ședința de urmărire de după 6 luni a indicat faptul că psoriazisul Martinei fusese ameliorat considerabil și ea continua să folosească autohipnoza.

Pregătirea pentru intervenții medicale, complementară procedurilor medicale

Există un număr considerabil de studii care demonstrează eficacitatea hipnoterapiei pentru reducerea stresului în caz de proceduri medicale. De exemplu :

- injecțiile (Medd, 2001 ; Gow, 2002) ;
- examenul ginecologic (Rossi, Cheek, 1988) ;

- gastroendoscopia (Zimmerman, 1998);
- nașterea și sarcina (Tibia, Balogh, Meszaros, 1980; Davidson, Garbett, Tozer, 1982; Poceret, 1990; Jenkins, Pritchard, 1993; Mairs, 1995; Golden, 1999; Oster, Saucer, 2000; Cyna, McAuliffe, Andrew, 2004; German, 2004);
- chimioterapie (Walker, Dawson, Lolley, Ratcliffe, 1998; Hawkins *et al.*, 1995; Esder, 2002);
- intervențiile pentru cancer (Peynovska, Fisher, Oliver, Mathew, 2005);
- procedurile dermatologice (Schenfelt, 2003a, 2003b);
- procedurile renale și vasculare (Lang *et al.*, 2000; Lang, Benotsch, Fick, 2000);
- chirurgie (Evans și Richardson, 1988; Montgomery, David, Winkel, Silverstein, Bovbjerg, 2002; Massarini, Rovetto, Tagliaferi, 2005);
- procedurile cardiovasculare (Ashton *et al.*, 1997);
- arsurile (Ewin, 1979; Margolis, DeClement, 1980; Frenay, Faymonville, Devlieger, Albert, Vanderkelen, 2001).

Pinnell și Covino (2000) au realizat o trecere în revistă din punct de vedere critic a procedurilor de tratament hipnotic complementare îngrijirilor medicale pentru stres și anxietate legate de procedurile dentare și medicale, astmul bronșic, bolile dermatologice, problemele gastrointestinale, tulburările hemoragice, greața și emezisul în oncologie și obstetrică-ginecologie.

Schimbarea pansamentului

Studiul care urmează este un bun exemplu de aplicare a hipnoterapiei în cazul unei proceduri stresante. Frenay și colaboratorii săi (2001) au comparat eficacitatea hipnozei cu o strategie de reducere a stresului în timpul schimbării pansamentului la

pacienții arși. Schimbarea pansamentului în arsuri este adesea insuportabilă (Choiniere, Mezlack, Rondeau, Girard, Paquin, 1989) și apare adesea un nivel de toleranță la anestezice (Patterson, Everett, Burns, Marvin, 1992). Frenay și colaboratorii săi au realizat un studiu prospectiv randomizat asupra pacienților cu arsuri severe, bazat pe protocoale medicale standardizate, măsurători valide ale durerii cu ajutorul VAS și utilizării unor tehnici de suport psihologic standardizate (hipnoza, comparativ cu strategiile de reducere a stresului bazate pe experiențe plăcute de viață). Acest studiu a fost realizat pentru a compara cele două mijloace de suport psihologic, dar și pentru a testa dacă intervențiile psihologice produc vreo diferență în confortul perceput de pacient în timpul schimbării pansamentului în cazul arsurilor. Hipnoza a fost indusă prin fixarea privirii, relaxarea musculară și sugestiile indirecte. Strategiile de reducere a stresului au inclus relaxarea profundă și procedurile respiratorii, precum și recrearea unei amintiri plăcute. Scorurile VAS pentru durere au fost constant mai reduse în grupul tratat prin hipnoză, comparativ cu cel tratat prin reducerea stresului. Hipnoza a redus de asemenea în mod semnificativ anxietatea înainte și în timpul schimbării pansamentului. Deși medicația contra durerii a fost încă necesară, nivelele optime de medicație au fost atinse mai devreme. Acest studiu are evidente implicații clinice mai ales pentru îngrijirea rănilor și, în general, pentru asistență medicală.

Pregătirea pentru intervenții chirurgicale

Așteptarea unei intervenții chirurgicale sau a unei alte intervenții medicale sau dentare este foarte stresantă pentru cei mai mulți pacienți, deși intervenția este în general benefică. Aspectele esențiale ale ajutării pacientului sunt legate de reducerea stresului

înainte și în timpul intervenției medicale și de ajutarea pacientului pentru a dezvolta speranța și optimismul că rezultatul va fi un succes. Reducerea stresului pare a fi utilă în modularea expresiei proteice, care joacă un rol important în vindecarea rănilor (Stamenkovic, 2003). Hammond (1990a, p. 89) afirmă că sugestiile pozitive înainte și în timpul intervenției chirurgicale reduc complicațiile, minimalizează durerea (și nevoia de medicație postoperatorie), facilitează apetitul, reduce sângerarea și ameliorează vindecarea și recuperarea. O serie de studii au demonstrat că, dacă pacientul este pregătit adecvat, probabilitatea unui bun rezultat chirurgical și psihologic este maximalizată (Schutz, 1998 ; Kessler, 1999). Schutz a folosit hipnoza pentru a permite pacientului să depășească expectanțele negative puternice și experiențele negative din trecut, reducând astfel anxietatea.

Montgomery și colaboratorii săi (2002) au realizat o metaanaliză a eficacității hipnozei ca tratament complementar la pacienții chirurgicali și a concluzionat că hipnoza este benefică pentru șase aspecte : emoțiile negative, durerea, medicația pentru durere, indicatorii fiziologici, timpul de recuperare și timpul de tratament.

Într-un studiu controlat, Massarini și colaboratorii săi (2005) au arătat că tratamentul hipnotic de scurtă durată (vizualizare primară a vindecării) realizat în perioada preoperatorie duce la rezultate bune la pacienții chirurgicali în termeni de reducere a nivelurilor de anxietate și percepție a durerii.

Intervenția 55. Pregătirea pentru intervenții chirurgicale și alte proceduri medicale

Întră în mintea ta și găsește toate acele resurse de vindecare pe care le ai pentru a face astfel încât corpul să se simtă bine,

lăsând aceste resurse să intre în fiecare celulă... utilizând toate acele amintiri... experiențe... lucruri învățate... care îți permit să te apropii cu speranță și optimism de intervenția medicală care urmează, iar atunci când mintea ta inconștientă știe că te poate ajuta în acest fel, unul dintre degetele tale se va mișca sau brațul se va ridica?... Așa este foarte bine! Pe măsură ce intervenția se desfășoară, știi că poți folosi toate aceste resurse ale tale pe măsură ce îți imaginezi cum se întâmplă în manieră foarte pozitivă, având încredere în vindecarea ta inconștientă pentru a permite un rezultat favorabil, pe măsură ce corpul tău se recuperează repede, complet și confortabil.

Terapeutul va putea să dezvolte această procedură hipnotică în modalități care să reflecte intervenția chirurgicală pe care o va avea pacientul, concentrându-se explicit asupra sugestiilor preoperatorii, atât cele directe, cât și cele indirecte, sugestiile din timpul operației și verbalizările postoperatorii. Un sumar al utilizării hipnozei în chirurgie și anestezie poate fi găsit în lucrările lui Hammond (1990a, pp. 85-108), Fredericks (2001) și Montgomery și colaboratorilor săi (2002).

Cancerul

În ultimii ani, a devenit din ce în ce mai clar că diagnosticul și tratamentul cancerului (și al multor boli cronice) sunt experiențe stresante. Se poate folosi o gamă largă de tehnici hipnoterapeutice pentru a spori controlul efectelor secundare psihologice și fiziologice ale diagnosticului de cancer și ale terapiei care urmează. Acestea includ folosirea relaxării, imaginerii, întărirea eului, sugestiile directe și metaforele (Hammond, 1990a, pp. 199-216). Deși Simonton nu se referă în mod specific la intervențiile hipnotice, multe dintre abordările descrise de el sunt relevante pentru hipnoterapeuți (Simonton *et al.*, 1978).

La ora actuală, există dovezi ale faptului că intervențiile psihologice, inclusiv hipnoza, pot ajuta la creșterea calității vieții pacientului, precum și la modularea răspunsului sistemului imun (Meyer și Mark, 1995 ; Walker, 1998 ; Kiecolt-Glaser, Maruscha, Atkinson și Glaser, 2001 ; Gruzelier, 2002a, b). Următoarea intervenție pentru creșterea funcționalității sistemului imunitar poate fi adaptată pentru a fi utilizată în multe situații (de exemplu, stresul generic, probleme medicale generale, pregătirea pentru chirurgie și recuperarea postoperatorie, facilitarea regimurilor terapeutice și așa mai departe). Nu mai este necesar să spunem că practicianul care folosește această abordare trebuie să fie judicios în selectarea pacienților.

Intervenția 56. Îmbunătățirea funcționării sistemului imunitar

Atunci când ești pregătit, împreunează degetul mare și arătător și lasă-te să intri în transa profundă pe care ai trăit-o ultima dată în ședința de terapie... și mă întreb cât timp va fi necesar pentru a găsi acea pace interioară plăcută... Poate mintea ta inconștientă te poate lăsa să trăiești aceasta înainte de a număra până la cinci... Unu... doi... trei... patru... cinci... așa este foarte bine! Cu grijă, imaginează-ți acea parte a corpului tău ce are nevoie de o atenție specială pentru vindecare... și te rog să știi că celulele anormale de acolo sunt slabe, confuze și dezorganizate și îți poți imagina această parte a corpului după cum dorești... poate o imagine îți apare în minte. Acum imaginează-ți tratamentul pe care îl primești care intră în acea parte a corpului tău și distruge celulele slabe, dar lasă celulele normale, puternice și sănătoase fără vreun efect secundar major... Și propriile celule albe cooperează prin reorganizarea și distrugerea celulelor bolnave... având încredere în acest proces, pe măsură ce celulele canceroase descresc treptat și sunt înlăturate din corp... Lasă ca procesul de vindecare să ajute corpul tău să se

simtă confortabil, pe măsură ce te însănătoșești parțial. Acum vezi că te afli pe drumul spre recuperare... câștigând în putere și voință cu fiecare zi care trece... Imaginează-te în viitor realizând toate scopurile și ambițiile tale. Iar mintea ta inconștientă te poate lăsa să faci acest lucru și, atunci când știi că aceste schimbări importante au loc profund în interiorul tău, ochii tăi se vor deschide?

Bejenke (2000) descrie felul în care hipnoza poate fi folosită pentru a ajuta pacienții canceroși să își dezvolte abilitățile de adaptare, precum și strategiile de gestionare a stresului în pregătirea pentru intervenții chirurgicale, chimioterapie, radioterapie și transplant de măduvă osoasă. Într-un studiu recent, Penyovska și colaboratorii săi (2005) utilizează hipnoza ca terapie suplimentară în intervențiile pentru cancer. A fost acordată o atenție particulară următoarelor aspecte :

- gestionarea anxietății, depresiei, furiei și frustrării ;
- gestionarea durerii, oboselii și insomniei ;
- gestionarea efectelor secundare ale chimioterapiei și radioterapiei ;
- vizualizarea pentru promovarea sănătății.

Autorii au concluzionat că hipnoterapia este o unealtă valoroasă pentru îmbunătățirea mecanismelor de *coping* la pacienții cu cancer și că :

Cel mai bun moment pentru a începe hipnoterapia pacienților canceroși este cel al diagnosticului. În acest fel, pacienții vor putea dezvolta abilități de *coping* mai bune mult mai repede în procesul bolii, ceea ce îi va ajuta în prevenirea unei posibile anxietăți severe, a depresiei și atacurilor de panică. Ei vor avea o mai bună complianță la tratament și în general un răspuns psihologic mai bun față de boală, ceea ce constituie un factor prognostic bun, care influențează supraviețuirea (p. 7).

Intensificarea programelor de chimioterapie a dus la creșterea toxicității pentru pacienții cu cancer. Una dintre cele mai frecvente manifestări, greața urmată de vomă, este considerată cel mai stresant și mai debilitant efect secundar pe care îl experimentează pacienții (Aapro, 1991). Mult prea des aceste simptome devin de nesuportat, iar pacienții sunt incapabili din punct de vedere fizic să mai primească chimioterapie sau sunt atât de stresați psihologic, încât ei sau rudele lor refuză tratamentele ulterioare (Laszlo, 1983). În ultimul timp, progresele în înțelegerea fiziologiei și farmacologiei grețurilor și vomei au dus la o mai bună capacitate de controlare a acestor simptome, împreună cu reducerea stresului și anxietății ca o consecință a acestei înțelegeri. O serie de studii controlate au evaluat eficacitatea hipnoterapiei în ameliorarea grețurilor și vomei legate de chimioterapie la adulți (Cotnach, Hockenberry, Herman, 1985 ; Walker, Dawson, Pollet, Ratcliffe, Hamilton, 1988 ; Syrjala, Cummings, Donaldson, 1992), precum și la copii (Hawkins *et al.*, 1995). În condițiile în care cercetările au arătat că, pentru unele tratamente (antrenamentul relaxării și imageria ghidată), efectele pozitive diminuează la fiecare administrare de chimioterapie, hipnoterapia furnizează un răspuns stabil pe parcursul timpului (Walker, Dawson, Pollet, Ratcliffe, Hamilton, 1988 ; Walker, 2004).

În capitolul următor este prezentată o discuție mai detaliată asupra rolului hipnozei în ameliorarea stresului în procedurile medicale pentru copii.

Capitolul 8

Copiii și familia

A fost odată ca niciodată o mică pasăre migratoare ce trăia în pădure în timpul verii. Când vremea s-a schimbat și a devenit mult mai rece, micuța pasăre a decis să rămână acolo și să nu zboare departe cu familia ei. Vremea s-a răcit, iar pasărea credea că va muri, pentru că micuțul ei corp era complet înghețat. Se simțea foarte singură, fiind departe de prieteni și de familie. Apoi, într-o noapte în care a nins foarte mult, pasărea a căzut în zăpadă și a rămas nemișcată, ca și când ar fi fost moartă. Curând după aceea, o vacă a trecut pe acolo și și-a făcut nevoile deasupra păsării, încălzindu-i micuțul corp înghețat. Păsărea a început să se simtă mai fericită și s-a apucat de cântat cântecul ei preferat. Însă o pisică trecea pe acolo și a auzit pasărea cântând. Deși oarecum derutată de faptul că frumosul cântec se auzea dintr-o grămadă de bălegar, pisica a început să scormonească și a găsit pasărea, pe care a înghițit-o cu plăcere !

Hipnoterapia cu copiii

Lucrul cu copiii este o sarcină plină de recompense, deoarece copiii sunt de obicei foarte cooperanți și intră repede în stare hipnotică. Această afirmație este adevărată în cazul copiilor de

orice vârstă, inclusiv adolescenții. Trebuie subliniat însă că numeroase tehnici hipnotice care funcționează în cazul adulților sunt nepotrivite pentru copiii mici, pentru că sunt direcționate asupra unor sisteme mentale insuficient dezvoltate la copii (Olness, Gardner, 1988; Olness, Kohen, 1996; Davies, Morgan, 1997). O diferență importantă este aceea că, întrucât copiii au facultăți critice mai puțin dezvoltate, sugestiile date de terapeut sunt acceptate cu mai mare ușurință. Davies și Morgan susțin că cea mai eficace hipnoză cu copiii este cea care presupune „o înțelegere profundă a copilului și este familiarizată cu aptitudinile, psihologia și tiparele de gândire și interesele grupei respective de vârstă”.

Erickson (1958) menționa acest lucru în mod succint:

Hipnoterapia pediatrică nu este altceva decât hipnoterapie direcționată spre copil cu deplina cunoaștere a faptului că toți copiii sunt oameni mici și tineri. Ca atare, ei privesc lumea într-un mod diferit decât o face adultul, iar înțelegerea lor experiențială este limitată și destul de diferită de cea a adultului. În consecință, nu diferă terapia, ci doar modul de administrare al terapiei.

...Copiii au o nevoie constantă de a învăța și descoperi, iar fiecare stimul constituie pentru ei o ocazie posibilă de a răspunde într-o modalitate nouă. Întrucât transa hipnotică poate fi definită, în scopul conceptualizării, ca stare de conștientizare crescută și responsivitate la idei, hipnoza oferă copilului o zonă nouă, gata pentru a fi explorată. Experiența limitată a copilului, foamea de noi experiențe și deschiderea față de învățare îl determină să fie un bun subiect hipnotic. Copiii doresc să primească idei, se bucură să răspundă la ele – este nevoie doar să le prezentăm aceste idei în așa fel încât să le înțeleagă (p. 25).

...Nu ar trebui să le vorbim de sus copiilor, ci mai degrabă să utilizăm limbajul, conceptele, ideile și imaginile verbale care au înțeles pentru ei, în termenii propriilor învățături (p. 26).

...o tehnică hipnotică bună este aceea care oferă pacienților, indiferent dacă sunt adulți sau copii, ocazia de a-și satisface în mod adecvat nevoile de moment, oportunitatea de a răspunde la stimuli și idei, precum și ocazia de a experimenta satisfacția unor noi învățări și achiziții (p. 29).

Bernheim, cu peste 100 de ani în urmă, spunea copilului să închidă ochii și apoi îi dicta: „Dormi”, într-o manieră încrezătoare și autoritară. Este foarte probabil ca acei copii cu care lucra să fi văzut alți copii și adulți care au fost hipnotizați și, în consecință, puteau imita cu ușurință „comportamentul hipnotizat”.

Înainte de a utiliza hipnoza cu un copil, este importantă evaluarea clinică și medicală riguroasă a problemei de prezentare. Este de asemenea important ca terapeutul să realizeze o relație cu copilul bazată pe încredere. Există divergențe de opinie referitoare la implicarea părinților în tratamentul hipnotic al copilului și, personal, am considerat că această colaborare este extrem de valoroasă. Adesea, părinții au idei preconcepute despre natura hipnozei, iar terapia trebuie să corecteze aceste puncte de vedere prin furnizarea de informații și lăsând părinții să fie de față atunci când copilul lor este hipnotizat (Gardner, 1990).

Abordări hipnoterapeutice generale cu copiii

Există multe modalități de captare a atenției copilului, iar metoda aleasă depinde de mulți factori, inclusiv vârsta și interesele copilului, precum și natura problemei de prezentare. Pentru fiecare copil mic, hipnoza poate fi descrisă ca fiind un joc (vezi intervenția 57), în timp ce copiii mai mari pot fi invitați să își folosească imaginația pentru a rezolva probleme (Hart, Hart, 1996). În multe situații, copilul este cel care sugerează

metoda care va fi utilizată. La un moment dat, i-am prezentat unei fete o familie de iepuri – mama, tata și cei doi copii iepuri. Iepurii făceau parte dintr-o poveste legată de problema fetei (o dificultate de adormire). În conversația inițială cu fetea, am aflat că avea mai mulți iepuri. Olness și Gardner (1988) sugerează următoarele inducții pentru copiii de vârste diferite :

- La 2-4 ani : cărți cu poze în relief, povești, păpuși, imaginarea unei activități preferate și așa mai departe ;
- La 4-6 ani : imaginarea unui loc sau a unei activități preferate, a unei povești, imaginarea unui program preferat la televizor și așa mai departe.
- La 7-11 ani : copii își imaginează că zboară cu un covor fermecat, că se află într-un loc preferat, ascultă muzică, își imaginează că merg cu bicicleta și așa mai departe.
- De la 11 ani în sus : levitația și catalepsia brațului, își imaginează că ascultă muzică sau conduc mașina, sunt folosite metode de inducție specifice adulților și așa mai departe.

Mai jos sunt prezentate patru proceduri generale de inducție (intervențiile 57-60); mult mai multe metode se găsesc în manualele standard (de exemplu, Gardner, Olness, Kohen, 1996).

Intervenția 57. Jocul de-a „prefăcutul”

În regulă. Mă întreb dacă poți să te prefaci că ești un stejar puternic. Picioarele tale sunt rădăcinile copacului și stai ferm pe pământ, corpul este trunchiul copacului, iar brațele tale sunt ramurile. Acum te rog să ții brațul întins (arătând brațul dominant al copilului). Bine, este o ramură puternică și foarte, foarte rigidă – vezi cum ramura devine extrem de rigidă, așa de puternică și de rigidă, încât nu o poți îndoi deloc. Gândește-te la tine, această ramură devine puternică și rigidă și, pe măsură ce

te gândești că ramura devine puternică și rigidă, ea devine tot mai puternică și mai rigidă, tot mai puternică și mai rigidă cu fiecare secundă care trece... Peste câteva clipe, te voi ruga să încerci să îndoi această ramură, dar, cu cât mai mult încerci să o îndoi, cu atât mai puternică și mai rigidă devine, așa că ramura nu se îndoaie deloc. Acum, gata, încearcă să îndoi ramura, încearcă și, cu cât mai mult încerci, cu atât mai rigidă și mai puternică devine ramura... Așa este foarte bine!... ramura este acum așa de puternică, încât este greu să o îndoi... Și acum vine un vânt foarte puternic, care face ca ramura să fluture, iar acum simți cum ramura se îndoaie, fără efort. Așa este bine (*Acum continuai în orice mod este adecvat; de exemplu, folosind povestea stejarului prezentată în intervenția 20, capitoul 4*).

Intervenția 58. Privitul la televizor

(adaptată după Davies, Morgan, 1997, p. 89)

Mă întreb care este programul tău preferat la televizor? Îmi poți spune ceva despre asta?... Nu este nici un televizor aici în cameră, dar există acest scaun special. Dacă stai pe el și închizi ochii, poți vedea un televizor și vei putea vedea toate personajele tale preferate. Nu știu dacă vei putea să urmărești un episod nou sau unul în reluare... Vrei să afli și să îmi spui?... nu vreau să mă bag și să vorbesc prea mult și nici tu nu trebuie să vorbești prea mult, ca să nu îți stric bucuria de a urmări programul... așa că este în regulă dacă dai din cap pentru „da” și pentru „nu” atunci când îți pun întrebări. Înțelegi?... Vei putea vedea televizorul foarte curând... dă din cap atunci când îl poți vedea... poți găsi canalul pe care îl vrei. Acum te poți bucura de program. Foarte bine. (*Cu copiii mai mari, terapeutul poate continua cu o strategie de rezolvare a problemelor.*)

Peste câteva clipe, acel program se va termina și vom schimba canalul. Vei continua să intri într-o stare și mai profundă. Vei vedea programul care îți va arăta cum să depășești problema și să scapi de ea complet... Programul tău preferat s-a terminat

acum și schimb canalul. Continui să te simți liniștit, iar acum vezi programul care îți arată ce a produs acea problemă și cât de ușor poți scăpa de problemă... imaginea devine tot mai clară... și o înțelegi, realizând că ai depășit complet problema. Iar când dorești, poți trece înapoi la programul preferat sau poate vrei să urmărești un film la video?

Odată ce copilul este angajat în programul de la televizor, terapeutul poate introduce idei care se află în legătură cu scopul terapeutic. Este important ca terapeutul să relaționeze bine cu copilul și poate genera povești terapeutice imaginative în cadrul contextului creat inițial, și anume programul de la televizor. Mai trebuie notat că, atunci când copiii se imaginează privind un program favorit la televizor, ei își pot reorganiza experiența a ceea ce se întâmplă (de exemplu, o procedură dureroasă) și se pot disocia de ea (de exemplu, durerea).

Intervenția 59. Covorul magic

Imaginează-ți că mergi la un picnic, mergi cu persoanele pe care le preferi într-un loc special la un picnic. Ai acolo de mâncat și de băut ceea ce îți place. Poți să le gusti și să le vezi... Te bucuri jucându-te cu familia și prietenii. Apoi, când ai terminat de mâncat, de băut și de jucat diverse jocuri, vezi un covor care este acolo pe pământ. Are culoarea ta preferată, este moale și neted. Poți să te așezi sau să te întinzi pe el... imaginează-ți că este un covor magic, care poate zbura oriunde dorești, și tu ești pilotul. Tu îl controlezi. Poți zbura la câțiva centimetri deasupra pământului, chiar deasupra ierbii sau chiar sus, deasupra copacilor. Tu ești pilotul. Poți merge acolo unde vrei cât de repede sau încet vrei, doar gândindu-te la asta. Poți ateriza ca să îți vizitezi prietenii sau familia... sau poți ateriza la grădina zoologică, la mare sau oriunde îți place. Tu ești pilotul și tu conduci. Poți zbura pe lângă un copac și poți vedea păsările în cuib. Poți

accelera și poți încetini... Bucură-te să mergi acolo unde vrei să mergi. Ai la dispoziție tot timpul de care ai nevoie și te simți foarte confortabil. Atunci când ești pregătit, poți găsi un loc drăguț și confortabil în care să aterizezi cu covorul tău magic. Atunci când ai aterizat, dă-mi și mie de știre acest lucru prin ridicarea unui deget. Și poți zbura pe covorul tău magic oriunde dorești, poate atunci când încerci să adormi sau când vrei să te distrezi.

Intervenția 60. Tehnica monedei : o abordare cu fixarea privirii

Dați copilului o monedă strălucitoare, pe care să o țină în mână. Monedele străine funcționează foarte bine.

Uită-te la monedă și observă ce există pe ea pe ambele părți. Știi din ce țară provine? (*Puteți da copilului unele informații, amintindu-vă ce vârstă și experiență are.*) După ce ai făcut acest lucru, poți păstra moneda, dacă vrei. Ține moneda între degetul mare și celălalt și continuă să o ții așa, cu brațul întins, în timp ce ascultă sunetul vocii mele. Iar acum se va întâmpla un lucru interesant. Peste câteva clipe, vei observa cum brațul tău devine tot mai greu și mai greu, iar în același timp te simți tot mai confortabil. Și, cum observi senzațiile tot mai puternice de confort în interiorul tău, brațul devine tot mai greu, iar mâna și degetele sunt tot mai grele, ca de plumb – așa de grele, de confortabile și relaxate – și curând moneda cade dintre degetele tale și atinge podeaua și vei intra într-un somn adânc și minunat. Vom găsi mai târziu moneda, astfel încât să o iei cu tine acasă. Dar acum te poți bucura de această experiență pe măsură ce degetele și mâinile tale devin așa de minunat de grele, pe măsură ce intri tot mai adânc într-o transă magică. Tot ceea ce îți spun poate intra adânc în acea parte a ta care îți controlează comportamentul (*legați aceasta de problema care este tratată*). Așa este bine... iar acum poți pluti înapoi, pe

măsură ce devii din ce în ce mai ușor și te regăsești înapoi în acest scaun în această cameră. Ți-a plăcut? Acum putem căuta moneda.

Poveștile

Utilizarea poveștilor este foarte avantajoasă în lucrul cu copiii (Mills, Crowley, 1986; Crowley, Mills, 1986; Hart, Hart, 1996; Thomson, 2005; Snyder, McDermott, Cook, Rapoff, în curs de publicare). Basmelor, cum ar fi *Hansel și Gretel*, au de-a face cu o gamă largă de emoții și probleme umane care pot fi folosite pentru a ajuta copilul să se descurce cu temerile sale și pentru a-i insufla speranța (Bettleheim, 1991). Terapeuții pot folosi povești standardizate, teme din basme (de exemplu, *Bunul Rege Wencelas*; Mantle, 1999, 2001), povestirile științifico-fantastice, ori pot modifica poveștile sau pot scrie unele noi. Copiii răspund spontan și nu încearcă să își dea seama ce e cu povestea prezentată, sunt de părere Mills și Crowley. Copiilor mici li se poate da voie să coloreze și să se joace în timp ce li se spune povestea, pentru că se presupune că mintea lor inconștientă va da un sens poveștii în ceea ce privește rezolvarea propriei probleme. Mills și Crowley (1986, p. 64) sugerează că trăsăturile centrale ale unei povești eficace sunt:

- tema sau conflictul metaforic legat de protagonist;
- conține eroi sau persoane care ajută;
- conțin situații de învățare paralele cu cele ale copilului, în care protagonistul va avea succes;
- prezintă o criză în care protagonistul poate depăși problema;
- dezvoltă sentimentul identificării cu protagonistul, ca rezultat al victoriei sale;
- culminează cu o celebrare în care este recunoscută valoarea specială a protagonistului.

Poveștile tradiționale, cum sunt *Răpușca cea urâtă* sau *Vrăjitorul din Oz*, conțin toate elementele de mai sus.

Copiii întâlnesc multe situații stresante în viața lor și adesea au reacții psihosomatice și comportamentale care le produc îngrijorare atât lor, cât și familiilor lor. În discuția de mai jos sunt prezentate șase domenii ce au legătură de performanța academică, procedurile medicale stresante, dificultățile de somn, enurezisul nocturn, problemele dermatologice și imaginea corporală. Deși aici se subliniază lucrul cu copiii, multe dintre aceste abordări pot fi adaptate pentru adulți în probleme similare legate de stres.

O descriere amănunțită a abordărilor hipnotice pentru copii o puteți găsi în lucrările lui Olness și Gardner (1988), Wester și O'Grady (1991) și Gardner *et al.* (1996).

Problemele de învățare

În copilăria mică și mijlocie, copiii ajung să se afle sub o presiune a învățaturii în creștere, cu cereri tot mai mari în privința performanței prin nesfârșite teste și examene, care adesea produc stres. Acesta poate duce la o scădere a stimei de sine, dificultăți de somn și alte probleme comportamentale și psihosomatice. În afară de intervențiile realizate cu copilul, este util să implicăm părinții și școala. Nath și Warren (1995) descriu un program educațional implementat în patru școli generale care au ajutat elevii să înțeleagă natura stresului lor și să învețe modalități practice pentru a se descurca cu acest stres. Au fost folosite o serie de exerciții de hipnoză și relaxare, incluzând „procedura vacanței mentale” (Stanton, 1989). Această procedură, constând în cinci pași, a fost deja descrisă în capitolul 4. La nivel global, rezultatele au indicat că acei

copii implicați în program s-au simțit mai puțin anxioși, deși nu se cunoaște care este contribuția hipnozei la acest efect. Autorul a lucrat cu succes cu copii și adulți tineri, folosind o combinație de întărire a eului, stabilire a scopurilor, povești și metafore. Mai multe exemple de intervenții hipnotice sunt cele descrise de Hammond (1990a, pp. 433-464).

Enurezisul nocturn

Enurezisul poate avea o geneză și o etiologie complexă (Carr, 1999, p. 214), deși este foarte probabil ca enurezisul diurn să fie o problemă organică, adică enurezis primar (Bauman, 1981), în timp ce enurezisul secundar este mai probabil rezultatul distresului emoțional sau al stresului din viața copilului (Wester, O'Grady, 1991). Olness și Gardner (1988) spun că intervențiile chirurgicale, moartea unui animal preferat, schimbarea locuinței sau a școlii poate produce debutul nevrozei. Atunci când hipnoza este luată în considerare ca tratament posibil, este adesea o ultimă încercare, după ce au fost deja încercate multe alte metode. Abordările hipnotice care ținesc în primul rând îndepărtarea simptomului pot fi suficiente, deși poate fi necesară explorarea dinamică a familiei sau școlii (Gibson, Heap, 1991). Implicarea parentală constructivă în tratamentul enurezisului nocturn poate facilita utilizarea de către copil a autohipnozei fără intruziune sau subminarea autonomiei, deși unii copii rezistă la autohipnoză datorită „interferențelor” parentale (Kohen, Olness, Colwell, Heimel, 1984). Evaluarea tratamentelor hipnotice indică rezultate variate, dar succesul este mai probabil atunci când hipnoza este combinată cu alte abordări, ca de exemplu managementul medical, instruirea părinților și tehnicile comportamentale. În ciuda varietății

rapoartelor și rezultatelor, pare destul de clar că hipnoza are un rol în tratamentul enurezisului nocturn.

Trebuie subliniat că toți copiii udă patul la un moment dat, așa că enurezisul poate fi considerat o variantă dezvoltamentală până la vârsta de aproximativ șase ani, cu excepția situației în care copilul începe să ude patul după ce nu mai făcuse acest lucru în mod continuu cel puțin șase luni.

Metodele tradiționale de hipnoză pentru îndepărtarea simptomelor pot fi combinate cu utilizarea întăririi eului, sugestii directe, povești și metafore. Etkins și Carter (1981) au dezvoltat și utilizat propria tehnică metaforică științifico-fantastică în trei cazuri de enurezis cu debut secundar. În fiecare caz, copilul a fost invitat să își imagineze că merge cu o navă spațială și întâlnește personajele și evenimentele necesare pentru a rezolva problema copilului. Această tehnică s-a dovedit eficace atât pentru inducția de transă, cât și pentru tratament. Alte exemple sunt cele furnizate de Erickson (1952a) și Hammond (1990a, pp. 489-498).

Am utilizat cu succes abordarea generală de mai jos cu o serie de copii. Oricum, această abordare trebuie adaptată conform vârstei și circumstanțelor individuale ale copilului.

Intervenția 61. Enurezisul nocturn

Acum am în buzunar o monedă foarte specială și magică, ce te poate ajuta să depășești dificultățile pe care le ai noaptea atunci când dormi... ai vrea să te uiți la ea? Așa este foarte bine... poți vedea că pe o parte a monedei este capul reginei, iar pe cealaltă parte un leu ce pare foarte puternic... regina trăiește într-un palat mare, iar în afara palatului sunt străji care o păzesc și o fac să fie protejată și în siguranță... Și dacă sunt probleme în timpul nopții, atunci gărzile o pot trezi... și apoi ea poate să meargă din nou la culcare, știind că totul este bine și când se

trezește dimineața se va simți foarte confortabil... Uneori, câinele ei o ajută și latră atunci când este necesar... Oare câinele tău te-ar putea trezi atunci când dormi și este nevoie să mergi la baie?... și deja te poți întreba dacă acest lucru s-ar putea întâmpla... Te rog să freci încet moneda și, pe măsură ce faci asta, poți observa cum ochii tăi devin obosiți și somnoroși... și îi poți lăsa să se închidă, pe măsură ce asculți această poveste... A fost odată ca niciodată un băiețel care avea un câine foarte special, care avea grijă de el în timpul zilei și atunci când dormea... atunci când băiatul avea nevoie să meargă la baie noaptea și dormea, câinele lătra și îl trezea și îi spunea că trebuie să meargă la baie... După aceea băiețelul mergea înapoi în patul lui cald, iar dimineața mama lui era extrem de bucuroasă că avea un pat uscat și la fel era și el... – Oare câinele tău te poate ajuta în același fel?... Să-l întrebam. Îl voi întreba acum în timp ce tu asculți. Acum, Jack (*câinele*), te rog să îl ajuți pe prietenul tău David în următorul fel... Atunci când David doarme noaptea, te rog să îl păzești constant, așa încât să îi fie cald și confortabil... Când observi că vezica lui este plină, te rog să latră și să îl trezești, așa încât să poată merge la baie... Faci asta, te rog?... I-am spus lui Jack care este planul, și el este de acord să coopereze. Iar atunci când cealaltă minte a ta știe că îl poate auzi pe Jack atunci când dormi... și știe că Jack va avea grijă de tine, unul dintre degetele tale se va mișca sau poate tot brațul tău se va ridica de la sine în aer?... Așa este fantastic!... Bine făcut! Aceasta este ce trebuie să faci atunci când ești gata pentru culcare... Freacă moneda magică și adormi repede, pentru că știi că Jack te va trezi atunci când este nevoie să mergi la baie... și te vei trezi dimineața simțindu-te uscat și confortabil. Nu peste mult timp, vei vedea că patul tău este uscat în fiecare dimineață și te poți simți cu adevărat bine că ai făcut acest lucru de unul singur.

Orice abordare care duce la un pat uscat poate fi combinată cu un sistem de recompense. În secția de pediatrie a unui spital local, problemele de enurezis au fost tratate cu succes prin hipnoză tradițională (fixarea privirii și levitația brațului),

relaxare, sugestii directe, imagerie, întărirea eului și un sistem al recompenselor (grafic cu stelute).

Proceduri medicale stresante

Au existat mai multe studii de evaluare a eficacității hipnozei și imagierii ghidate pentru procedurile medicale stresante la copil. Lambert (1996) a concluzionat că imagieria ghidată ameliorează durerea postoperatorie, scade timpul necesar pentru recuperare, descrește intervalul de timp necesar spitalizării și reduce anxietatea. Au fost realizate cercetări considerabile pe copiii cu cancer, iar aceste studii sunt baza unei treceri în revistă realizate pe scurt.

Deși cancerul nu este întotdeauna dureros în sine, copiii cu cancer sunt supuși multor proceduri dureroase pentru diagnostic, terapie și îngrijiri paliative, incluzând puncția lombară, aspirația de măduvă osoasă și biopsia (Hilgard, LeBaron, 1984b). Copiii consideră că procedurile dureroase sunt partea cea mai dificilă a cancerului, iar repetarea frecventă a procedurilor nu îi desensibilizează față de stres (Weekes, Savedra, 1988; Fowler-Kerry, 1990). Deși durerea legată de proceduri este adesea privită ca fiind simplă, ea poate produce suferință, pierderea controlului și afectarea calității vieții. Astfel, este esențial ca intervenția pentru suferință să ia în considerare durerea și stresul asociate cu procedurile de tratament. Multe date disponibile privind gestionarea durerii legate de proceduri se adresează mai degrabă managementului farmacologic decât procedurilor psihologice (complementare).

Deși hipnoza este frecvent folosită în practica clinică, studiile controlate asupra procedurilor clinice sunt rare și au dus la rezultate echivoce și conflictuale (Genius, 1995; Liossi, Hatira, 1999; Wild, Espie, 2004). Într-o lucrare clasică referitoare la

eficacitatea hipnozei pentru reducerea durerii în timpul aspirației de măduvă osoasă, Hilgard și LeBaron (1982) raportează utilizarea cu succes a hipnozei pentru ameliorarea durerii la 15 din 24 de copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 10 ani. Zeltzer și LeBaron (1982), tratând cu ajutorul hipnozei și tehnicilor nehipnotice (de exemplu, respirația profundă) 27 de subiecți supuși aspirației de măduvă osoasă și 22 de subiecți supuși puncției lombare, au arătat că există o reducere semnificativă a durerii în cazul ambelor tehnici, hipnoza fiind cea mai eficace. Kellerman, Zetzler, Ellenberger și Dash (1983) au demonstrat că hipnoza reduce durerea și anxietatea la nivele semnificative sub cel bazal într-o serie de proceduri medicale, incluzând aspirația de măduvă osoasă, două puncții lombare și șapte injecții intramusculare. Câteva studii (Katz, Kellerman, Ellenberg, 1987; Wall, Womack, 1989) au descoperit că hipnoza are un beneficiu semnificativ, dar că acesta nu este mai mare decât al intervențiilor cognitiv-comportamentale nehipnotice. Rapoartele privind utilizarea abordărilor hipnotice ericksoniene pentru pacienții pediatrici din serviciile de hematologie/oncologie sunt rare, deși aplicabilitatea lor este discutată de Jacobs, Pelier și Larkin (1998).

Hawkins, Lioffi, Hatira, Ewart și Kosmidis (1989) au evaluat utilizarea hipnozei în gestionarea durerii în cursul puncțiilor lombare pediatrice. Au fost „hipnotizați” 30 de copii cu leucemie și limfom non-Hodgkin care erau supuși în mod regulat puncțiilor lombare, folosind tehnici de imagerie vizuală (locul preferat, activitatea preferată). La câteva minute după implicarea hipnotică, copiii au primit fie sugestii directe, fie indirecte. Ședința de terapie s-a încheiat cu o sugestie posthipnotică, și anume că experiența hipnotică va fi repetată în timpul tratamentului în cabinetul de tratament și va asigura confortul în timpul puncției lombare. Puncțiile lombare au fost programate

pentru următoarea zi. În momentul programării, copilul a fost însoțit în cabinetul de tratament de către terapeut. În cursul pregătirii pentru puncția lombară, copilul a fost încurajat să intre în transă hipnotică, iar pe parcursul procedurii a fost încurajată implicarea hipnotică atât cât a fost necesar. Rezultatele au indicat că hipnoza este o strategie eficace de gestionare a durerii în timpul puncțiilor lombare fără a exista diferențe între sugestiile directe și cele indirecte. Hart și Hart (1998) comentează amply această lucrare.

Într-o lucrare recentă, Wild și Espie (2004) au realizat o trecere sistematică în revistă a cercetărilor realizate în domeniul gestionării durerii legate de proceduri în oncologia pediatrică, în contextul unui cadru național de evaluare a dovezilor științifice. Autorii concluzionează că la ora actuală există dovezi insuficiente pentru a recomanda hipnoza ca parte a ghidului de tratament în acest domeniu. Oricum, ei mai concluzionează că există suficiente dovezi pentru a justifica studiile controlate realizate la scară mare.

Tulburări de somn

Tulburările de somn la copii fac adesea parte din dificultățile familiale, incluzând reducerea numărului și calității interacțiunilor sociale suportive, depresia părinților, conflictele maritale, deteriorarea relației părinte-copil, având de asemenea un impact asupra memoriei și performanței învățării (Stores, 1996). Cele mai tratate probleme de somn sunt dificultățile de adormire și trezitul în timpul nopții, urmate de coșmaruri, terori nocturne, somnambulism, probleme legate de respirație și hipersomnie (somnolență excesivă în timpul zilei neexplicată de o cantitate inadecvată de somn sau de tranziția prelungită

până la starea de veghe). În lucrările lui Ferber și Kryger (1995), Schafer (1995) și Stores (1996) există o descriere detaliată a acestor probleme.

Există multe exemple de intervenții hipnotice folosite cu succes în tratamentul tulburărilor de somn la copii (Olness, Gardner, 1988; Hartland, 1989; Hammond, 1990a; Wester, O'Grady, 1991; Kohen, Mahowald, Rosen, 1992; Kingsbury, 1993; Ford, 1995; Howsam, 1999). Tehnicile folosite în strategiile de tratament le includ pe cele derivate din abordările mai directe tradiționale precum și pe cele ericksoniene sau naturaliste. De exemplu, Carr (1999) a raportat utilizarea abordărilor de imagerie ghidată pentru a ajuta copiii să se relaxeze. I-a cerut copilului să își imagineze că soarele apune și vântul moare sau o pasăre care zboară la distanță.

Karle și Boys (1987) descriu o serie de abordări în care copiii care au vise urâte pot fi învățați să controleze conținutul și progresia visului (pp. 176-177). Hearne (1993) sugerează că hipnoza poate fi utilizată pentru a converti coșmarurile în vise lucide, deși lucrările sale nu specifică dacă această procedură este pentru adulți sau pentru copii. Un studiu realizat de autor (Hawkins, Polemikos, 2002) indică faptul că hipnoza a fost folosită cu succes pentru rezolvarea tulburărilor de somn la copiii mici care au fost considerabil stresați în urma suferinței familiale majore. Nici unul dintre copii nu fusese diagnosticat cu vreo problemă psihiatrică, dar cu toții aveau un număr de dificultăți legate de somn, relații, școală și comportament social. Studiul s-a centrat asupra a patru itemi din Programul Southampton de Gestionare a Somnului (Bartlet, Beaumont, 1998): dificultăți de adormire, numărul de nopți în care s-au trezit în cursul ultimelor șapte zile, timpul necesar pentru a se instala în propriul pat și frecvența coșmarurilor sau terorilor nocturne. A fost utilizată o nouă paradigmă de cercetare

(Reason, Rowan, 1981; Reason, 1994; Heron, 1996), implicând participarea colaborativă a experimentatorului și a subiecților (copiii).

În cursul primei părți a ședinței de terapie (aproximativ 15 minute), copiii au jucat diverse jocuri sau au citit, această parte fiind urmată de un „joc” în care au făcut cu rândul pentru a spune grupului lucruri bune care li s-au întâmplat în cursul săptămânii. Fiecare copil a fost rugat să spună care este animalul său preferat și dacă are vreun animal acasă. Apoi au fost încurajați să „își deseneze problema de somn”, urmată de o scurtă descriere sau reprezentare. Toți copiii au făcut referire la vise urâte sau coșmaruri, iar cei mai mulți au spus că acestea se repetă în fiecare noapte. De asemenea, au făcut referire la dificultățile de adormire, trezirea frecventă, teama de întuneric, faptul că „văd” fețe sau umbre în întuneric, că „aud” zgomote sau voci înspăimântătoare și schimbă patul și așa mai departe. I-a fost sugerat grupului că este posibil să meargă la culcare și să doarmă având vise plăcute în cursul nopții, astfel că nu mai trebuie să se trezească în timpul nopții (decât dacă este necesar să meargă la baie). Li s-a explicat copiilor că, pentru a face acest lucru, trebuie să se angajeze într-o anume pregătire și practică, astfel încât să funcționeze mai eficient. Au căzut de acord cu acest lucru și au părut entuziasmați de idee. Copiii au fost învățați o metodă de autohipnoză („jocul de-a dormitul”), folosind locul lor preferat și „consilierul interior” (Jaffe, Bresler, 1980). Au ales locul preferat, ca parte a jocului, înainte de a induce transa hipnotică. A fost aleasă această abordare datorită gamei de vârstă și a faptului că interesele grupului erau destul de diferite, iar pentru situația grupului, gestionarea anxietății mai degrabă decât a conținutului viselor a fost mult mai adecvată. Li s-au dat copiilor următoarele instrucțiuni:

Intervenția 62. Problemele de somn la copii : mașina din norul magic

Acum închide ochii de parcă te-ai duce la culcare, așa că începi să simți cum visezi... și poți observa cât de ușor te simți și poate chiar o senzație de gădilare, de parcă stai pe o pernă mare și pufoasă de bumbac... Și, pe măsură ce te simți ușor, poți observa cum perna devine un nor alb și pufos... Ai vrea să mergi într-un loc preferat și dăător de siguranță?... Atunci tot ce este nevoie să faci este să îți imaginezi că norul tău alb și pufos este o mașină magică făcută dintr-un nor. Poți conduce mașina destul de ușor și poți zbura spre locul tău preferat... și aterizezi cu mașina și te uiți împrejur... Ce poți vedea? Ce poți auzi?... Este cald sau rece?... Iar acum, când te uiți în jur, observi un animal foarte prietenos (poate animalul tău de acasă) care vine spre tine. Și pe măsură ce mângâi animalul prietenos, te simți foarte somnoros, știind că poți adormi și, face astfel încât toate visele tale să fie plăcute. Iar dacă te trezești în timpul nopții, îți vei aminti repede cum să mergi în locul tău dăător de siguranță repede și ușor, cu mașina ta din nor.... Și atunci când ajungi în locul tău special, vei fi deja visător și somnoros, astfel că atunci când îți mângâi animalul prietenos, vei adormi profund, foarte relaxat și fericit... Și cu cât practici mai mult, ai putea chiar să nu observi că s-ar putea chiar să nu te trezești, pe măsură ce mergi spre locul tău special... Iar aici vei învăța să dormi bine toată noaptea, cu vise plăcute. Atunci când te vei trezi dimineața, te vei simți pe deplin treaz și vei aștepta cu nerăbdare toate lucrurile pe care le ai de făcut în timpul zilei (adaptat după Ford, 1995, pp. 204-205; Hammond, 1990a, pp. 253-256).

Copiii au practicat apoi această intervenție de unii singuri și au fost instruiți să facă acest lucru în fiecare noapte înainte de a merge la culcare. Feedbackul obținut de la copii a sugerat faptul că au urmat ideea generală a „intervenției”, deși au existat „interpretări” considerabile.

La a doua întâlnire, toți copiii din grup au fost de acord că :

- jocul „de-a dormitul” i-a ajutat să adoarmă ;
- atunci când s-au trezit, le-a fost mai puțin frică și au putut adormi din nou (un copil) ;
- au avut mai puține vise rele (un băiat de opt ani a spus că își putea controla visele și le putea „face” bune) ;
- s-au simțit mai bine dimineața (un copil).

Au existat de asemenea indicii conform cărora au apărut îmbunătățiri și în alte aspecte ale vieții lor (de exemplu, la școală). Cinci membri ai grupului au spus că s-au simțit mai puțin obosiți la școală și că așteptau cu plăcere să meargă acolo.

Probleme dermatologice

Stresul a fost implicat ca factor de exacerbare în eczemele copiilor (Koblenzer, 1988). Boala de piele însăși poate genera un stres considerabil, ca rezultat al rușinii, al grijilor legate de propria imagine, al scăderii stimei de sine, al anxietății, al dificultăților de adormire și, posibil, al izolării sociale (Daud, Garralda, David, 1993 ; Morgan, McCreedy, Simpson, Hay, 1997). Există puține studii asupra rolului hipnozei în tratamentul eczemei. Sokel, Lansdown, Atherton, Glover, Knibbs (1993) au comparat hipnoterapia, biofeedbackul și discuțiile, ca tratament al eczemei atopice a copilului. Rezultatele au arătat că întinderea leziunilor pe piele a fost redusă cu ajutorul hipnozei și biofeedbackului, cele mai bune rezultate fiind obținute la fete, cu ajutorul hipnozei. Datorită problemelor sociale și emoționale ce rezultă din eczeme, este adecvată folosirea tehnicilor de întărire a eului, astfel încât să crească încrederea copilului, stima de sine și sentimentele de control și autonomie. Aceasta se poate

realiza prin folosirea metaforelor și a poveștilor. De exemplu, Mantle (2002) a folosit povestea *Bunului Rege Wencelas* după cum urmează :

Pacienta suferă de eczemă, dar, în ciuda acestui fapt, este aleasă de rege să îl însoțească atunci când merge să dea pomană oamenilor nevoiași. Pacienta observă că zăpada care cade răcorește și alină eczema de pe fața ei, iar la sugestia regelui aplică zăpada pe brațe și picioare. Pe măsură ce face acest lucru, simte beneficiul efectului de răcorire, iar pielea încetează să o mai mănânce. Întorcându-se la castel, pacienta își dă seama că, atunci când simte că s-ar scărpină, se gândește la zăpadă și imediat pielea se calmează și iritația dispăre. Din acest motiv, pacienta devine tot mai relaxată și nu se mai teme să se dezbrace în fața altor pacienți, are mai multă încredere în sine și se bucură să se joace cu ceilalți. În plus, își dă seama că doarme mai bine noaptea și, ca atare, poate învăța mai bine la școală în ziua următoare (p. 44).

Există multe tratamente disponibile pentru tratarea eficace a problemelor dermatologice, iar hipnoterapia poate fi o procedură complementară valoroasă. Studiul de caz 5, „Hipnoza în tratamentul psoriazisului”, prezentat în capitolul 7, este un exemplu de intervenție hipnoterapeutică adecvată.

Tulburările de comportament alimentar și imaginea corporală

Tulburările de comportament alimentar sunt deseori întâlnite, într-o cultură tot mai obsedată de fastfood, diete și imaginea corporală, modă și cultul celebrității. Adolescenții pot fi de asemenea preocupați de sport și de activități artistice care subliniază silueta și competiția. Lipsa de satisfacție în ce ceea privește corpul, precum și curele de slăbire pot determina comportamente

alimentare nesănătoase și periculoase, care pot duce la tulburări de comportament alimentar, cum sunt bulimia nervoasă și anorexia nervoasă. Adolescențele sunt în cea mai mare măsură vulnerabile la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Oricum, și băieții sunt preocupați de forma corpului și de greutatea corporală. Adesea există o preocupare față de mâncare și imaginea corporală care generează stres și anxietate, precum și tipare alimentare distructive.

Tulburările de comportament alimentar sunt adesea asociate cu sentimente de neajutorare, tristețe, anxietate și nevoia de perfecțiune. Aceasta poate face ca persoana să utilizeze curele de slăbire sau pierderea în greutate pentru a dobândi sentimentul controlului și al stabilității. Stresul familial, gestionarea tranzițiilor din timpul vieții, cum sunt suferința și intimidarea la școală, pot contribui la dezvoltarea tulburărilor de comportament alimentar. Problemele asociate pot include depresia, tulburările obsesiv-compulsive, abuzul de substanțe sau autolezarea.

Deoarece tulburările de comportament alimentar sunt de obicei o problemă medicală și psihologică, tratamentul implică în mod tipic colaborarea dintre medic, nutriționist și psiholog (Siegel, Brisman, Weinshal, 1997). La fel ca în cazul problemelor alimentare mai puțin severe, clinicianul poate folosi hipnoza pentru întărirea eului cu scopul de îmbunătățire a siguranței de sine, a imaginii de sine și corporale ; mai pot fi utilizate gestionarea anxietății, abordările hipnoanalitice și terapia familială, acolo unde este adecvat.

Hipnoterapia familială și de cuplu

În general, hipnoza clinică este folosită în situațiile de unu-la-unu. Oricum, în contextul terapiei familiale și de cuplu, hipnoza poate fi gestionată în mai multe moduri :

- psihoterapie individuală unu-la-unu ;
- hipnoterapie de tip unu-la-unu în cadrul familiei sau al cuplului. În acest caz, terapeutul lucrează cu un membru al familiei (în transă), celălalt partener sau familia (probabil în transă) fiind de față. Se utilizează principiul terapeutic al „imaginației pasive”, care poate conduce unul sau mai mulți membri ai familiei la abreacție emoțională (silențioasă) sau la câștigarea *insight*-ului sau autocunoașterii prin rezolvarea conștientă și inconștientă a problemelor ;
- hipnoza familială „de grup”, în care terapeutul lucrează cu întreaga familie sau cuplu în același timp, poate prin folosirea unei forme de relaxare sau cu ajutorul fanteziei ghidate de grup. În acest caz, toți membrii familiei își imaginează „activ”, ceea ce poate conduce la *insight* spontan sau abreacție la toți membrii familiei sau doar la unii dintre ei. De asemenea, unii terapeuți presupun că va fi inițiat un proces de căutare inconștientă pentru fiecare persoană.
- facilitarea sincronicității ultradiene (Rossi, Nimmons, 1991), prin care membrii familiei devin mai conștienți de indiciile minții celuilalt în ceea ce privește stresul ultradian și intră împreună în ritmurile lor circadiene și ultradiene.

Indiferent de felul în care este condusă terapia, ea tinde să se centreze pe individ, indiferent dacă persoana este tratată singură sau în grupul familial. Este important de reiterat că hipnoza este adesea înțeleasă ca strategie facilitatoare sau catalizatoare, ce asigură un „context terapeutic” în care sunt introduse strategiile primare de „terapie familială”. Cu alte cuvinte, persoanele care practică hipnoza sunt în primul rând pregătite ca profesioniști, iar hipnoza le poate facilita abilitatea profesională. De exemplu, terapeuții de familie care doresc să exploreze unele dintre conflictele ascunse din cadrul familiei

pot utiliza proceduri hipnoanalitice (de exemplu, semnalizarea ideodinamică sau analiza viselor) pentru a realiza acest lucru. Oricum, descoperirea unui anumit material de către terapeut înseamnă că acesta trebuie să își folosească toate abilitățile profesionale ca terapeut de familie pentru a ajuta familia să utilizeze aceste *insight*-uri și să ajungă la scopurile terapeutice.

Deși Erickson nu menționează niciodată lucrul cu familiile sau sistemele, mulți terapeuți de familie sunt îndatorați contribuțiilor sale în domeniu (Haley, 1973 ; Lankton, Lankton, 1986 ; Madanes, 2001). Multe abordări hipnoterapeutice „tradiționale” pot fi ușor adaptate pentru a lucra cu familiile și pot fi ușor combinate cu abordările ericksoniene. Sugestiile indirecte și metaforele pot fi folosite pentru a stimula activitatea inconștientă și resursele cu scopul întăririi eului, al gestionării stresului, al funcției simptomului și al rezoluției sale, al luării deciziilor și al stabilirii scopurilor.

Terapeutul ajută familia să „construiască” imagini pozitive legate de comportamentele cu scop precis cu care familia a căzut de acord. Rezultatul este acela că toți membrii familiei vor fi mai încrezători, vor prezenta îmbunătățiri ale imaginii de sine și imaginii corporale, sentimente de speranță și optimism privind rezolvarea problemei. O presupunere fundamentală este aceea că familiile au răspunsul la problemele lor („răspunsul este în cadrul familiei”, adică este deja „cunoscut” la nivel inconștient), iar procesul căutării inconștiente poate fi facilitat de terapeut pentru a ajuta familia să „găsească” și să actualizeze acest potențial interior. De asemenea, este probabil ca familia să devină mai creativă, ca rezultat al „transei de grup” și, ca atare, să fie capabilă să ia în considerare strategii diferite de rezolvare a problemei lor „familiale”. Temele pentru acasă pot fi prescrise pentru întreaga familie, pentru a fi realizate

individual sau împreună. Întreaga familie trebuie încurajată să țină un jurnal cu vise, gânduri neexplicate, imagini și sentimente. Acestea pot fi apoi „prelucrate” în ședințele de terapie familială.

Studiul de caz 6. Hipnoza în terapia familială

Pacienta era o fată bulimică de 16 ani care locuia cu părinții, fratele mai mic și bunica. La vârsta de 13 ani i s-a pus diagnosticul de anorexie nervoasă și de aproximativ un an era bulimică. La vârsta de 14 ani a fost internată în spital, unde a fost „trată” prin metode comportamentale. Părinții erau foarte îngrijorați în legătură cu fiica lor, iar mama a fost trimisă la mine de Asociația pentru Tulburări de Comportament Alimentar pentru a trata problema apelând la psihoterapie.

În prezentarea studiului de caz, am notat faptul că sunt discutate doar elementele „hipnotice cheie” din intervențiile terapeutice, nu toate abordările discutate anterior. Oricum, sper că această scurtă ilustrare să vă dea o idee despre felul în care este utilizată hipnoza în context familial.

Istoricul cazului următor demonstrează multe abordări terapeutice sugerate de Weiss, Katzman și Wolchik (1985). Abordarea globală adoptată este în mod esențial una pragmatică și integrativă, cu paradigme psihodinamice, comportamentale și fenomenologice, împreună cu hipnoza (atât „formală”, cât și „naturalistă”) pentru a accelera procesul terapeutic.

Abordările utilizate includ întărirea eului, gestionarea emoțiilor negative, antrenamentul asertivității, relaxarea, recadrarea, hipnoanaliza, stabilirea scopurilor și planificarea acțiunii, precum și gestionarea stresului.

Ședința 1

Ambii părinți au fost invitați să fie de față la această ședință, iar ei au acceptat imediat. A fost realizată anamneza, acordând atenție în mod special la: momentul debutului; simptome (psihologice, comportamentale, cognitive și emoționale); modularea problemei în timp; identificarea evenimentelor care precedă un puseu bulimic; consecințele mâncatului în exces; identificarea oricăror beneficii secundare și tratamentele anterioare. Li s-a cerut să identifice reacțiile lor la problemă în general, precum și comportamentele specifice și sentimentele care urmează descoperirii „comportamentului bulimic”. A fost discutat de asemenea efectul relațiilor familiale și al vieții de familie în general. Atât Joanne, cât și părinții săi au fost întrebați care este explicația lor în ceea ce privește „problema de prezentare” și ce cred că au nevoie pentru a găsi o soluție. Ceea ce a fost important în această primă ședință de terapie a fost de a determina membrii familiei să vorbească unul cu altul, precum și cu terapeutul. Aceasta i-a ajutat să identifice tiparele de comunicare și interacțiune, precum și rolurile pe care le aveau, care puteau fi importante în determinarea strategiilor de tratament. De asemenea, au putut fi adunate dovezi asupra funcțiilor simptomului în cadrul familiei.

În timpul ședinței, a devenit evident că mama Joannei era foarte dominantă, prin faptul că încerca să controleze interacțiunile, dar în același timp avea o relație foarte atentă cu fiica ei. Tatăl era mai degrabă tăcut și tindea să fie de acord cu soția lui, deși atitudinea sa în privința Joannei era mai puțin grijulie; de exemplu, credea că problema alimentară a Joannei era „vina ei” și că „ar fi putut face ceva dacă ar fi dorit cu adevărat”. Tensiunea emoțională dintre mamă și tată în privința acestui

subiect era considerabilă. A fost evident că toți membrii familiei erau stresați de problema Joannei, ceea ce a dus la exacerbarea unei serii de probleme (legate de stres); de exemplu, insomnia, colita și anxietatea.

A fost discutat demersul terapeutic privind scopurile, intervalul de timp, onorariul, frecvența întâlnirilor și abordarea terapeutică. Familia a fost de acord să participe la unele ședințe împreună (inclusiv fratele și bunica), deși ocazional Joanne urma să vină singură. Au fost date explicații referitoare la hipnoză și efectele sale, iar membrilor familiei li s-a dat ocazia să pună întrebări. În această parte a ședinței de terapie, a fost subliniată utilizarea limbajului, atât direct, cât și indirect, care era desemnat să crească optimismul, speranța și expectanțele ca modalitate de îmbunătățire a angajamentului terapeutic și a pârgheiei terapeutice, ajutând astfel la stabilirea unui context mai terapeutic.

Terapia a început cu metoda de „rostogolire a ochilor” a lui Spiegel ca metodă de inducție hipnotică:

Data viitoare când inspiri, lasă ochii să se rostogolească spre spate și, pe măsură ce expiri, lasă pleoapele să se închidă până în punctul în care nu le mai poți deschide. Păstrează acest sentiment și lasă-l să se răspândească în întregul tău corp, lăsând corpul tău să plutească spre locul tău preferat în aer liber. Bucură-te de ceea ce se întâmplă. *(Ședința a continuat cu o secvență de întărire a eului, cu intenția terapeutică de angajare a unui proces de căutare inconștientă a soluțiilor la problemă.)* Iar în acest loc plăcut și reconfortant observi o potecă ce te invită să pășești pe ea. Urmează această potecă și, cu fiecare pas pe care îl faci, vei putea călători înapoi în viața ta până la un moment în timp când ai rezolvat o problemă de familie, deși s-ar putea să nu știi că ai rezolvat-o. Trăiește acest succes știind că ai resursele inconștiente pentru a rezolva orice probleme care apar în viitor. Lasă sentimentele pozitive

asociate cu această realizare să treacă prin tine și păstrează aceste sentimente... Iar acum urmează poteca înapoi până la locul tău preferat, aducând cu tine toate sentimentele pozitive și resursele tale, știind că ai capacitatea de a rezolva problemele actuale care o afectează pe Joanne și întreaga familie... și că aceste soluții se găsesc aici, deși nu ești conștient de faptul că acest lucru se întâmplă.

Întreaga familie a participat la această secvență terapeutică. A urmat o scurtă discuție.

Apoi s-a lucrat cu Joanne în mod individual, în timp ce părinții „au ascultat”. A fost indusă transa hipnotică cu ajutorul metodei de rostogolire a ochilor a lui Spiegel și apoi a fost realizată levitația brațului. Atunci când brațul ei s-a ridicat lent, Joanne a fost rugată să își spună următoarele trei lucruri:

- pentru mine hrana este esențială;
- am nevoie de corpul meu pentru a trăi;
- datorez corpului meu respect și admirație.

Aceasta este o adaptare a abordării lui Spiegel pentru renunțatul la fumat (vezi capitolul 6). Joanne a practicat aceasta de una singură și a fost instruită să facă acest lucru de cât mai multe ori posibil în cursul zilei. Apoi i s-a cerut să se imagineze stând între două oglinzi, una în spatele ei și una în fața ei. În oglinda din spatele ei i s-a cerut să se vadă cu problema – cum arată, ce sentimente are, care este efectul asupra relațiilor sale, ale familiei și așa mai departe.

Acum ia-ți privirea de la această oglindă și privește în oglinda din fața ta. Imaginează-te așa cum ai vrea să fii, simțindu-te bine și fericită. Vezi cum reflexia în oglindă devine mai strălucitoare, mai clară, mai colorată și intră în ea și devii acea persoană. Știi că lucrul acesta se întâmplă deja, chiar dacă nu îți poți da seama încă de el.

Deși părinților nu li s-a cerut în mod direct să se angajeze în acest exercițiu, și ei au intrat în transă (vezi tehnica „prietenu meu John”, descrisă în capitolul 3). Deși Joanne era angajată în terapie individuală, familia a fost și ea implicată în mod semnificativ în cele învățate atât la nivel conștient, cât și inconștient. Ședința a continuat cu o scurtă poveste, care a fost introdusă natural și fără explicații.

Există o poveste despre un călugăr din vremuri străvechi care se simțea foarte deprimat și trist. Era iarnă și se uita afară în grădină, simțindu-se foarte deprimat și decăzut. A devenit conștient de pomii golași, fără frunzișul lor frumos. I se părea că și ei se simt triști și deprimați, când și-a dat seama că nu erau morți, pentru că primăvara le creșteau frunze noi și erau chiar mai puternici decât înainte. Și, deși păreau morți, erau foarte vii pe dinăuntru, în rădăcinile lor. Rădăcinile lor, sufletul ființei lor, era viu și, atunci când erau hrăniți de ploile primăverii și de soarele verii, înfloreau din nou. Toată iarna creșteau tot mai puternici, folosind resursele lor naturale de vindecare și potențialul de a-și dezvolta capacitățile naturale.

Joannei i s-a dat de asemenea o casetă cu întărirea eului, cerându-i-se să o asculte cel puțin o dată pe zi. S-a sugerat ca întreaga familie să asculte caseta împreună, pentru a încuraja colaborarea suportivă în demersul terapeutic.

Ședința 2

Fratele și bunica Joannei au fost prezenți la această ședință de terapie, împreună cu mama și tatăl său. A fost realizat un scurt rezumat al ședinței precedente. Familia a trecut în revistă ceea ce s-a întâmplat în cursul săptămânii, apoi a urmat o relaxare în grup și întărirea eului. În prima ședință a fost indicat că

Joanne era mai înclinată să mănânce în exces atunci când era „stresată”. Familiei i s-a cerut să genereze strategii de *coping* alternative prin brainstorming. Joanne a „verificat” alternativele în transă hipnotică. A selectat o serie de alternative și a fost de acord să le implementeze. Au fost discutate modalitățile prin care o puteau ajuta ceilalți membri ai familiei și s-a căzut de acord asupra unui contract. În hipnoza de grup, membrii familiei și-au imaginat cum o ajută pe Joanne să se angajeze în comportamentele asupra cărora s-a căzut de acord. Joanne a fost de acord să țină un jurnal al acestor activități.

Ședința 3

După discutarea aspectelor rezultate din temele pentru acasă realizate în timpul celor două săptămâni anterioare, ședința de terapie s-a centrat pe dinamica aflată la baza problemei Joannei. Au fost utilizate tehnici hipnoanalitice, respectiv abordarea prin semnalizarea ideodinamică cu ajutorul degetului (Rossi, Cheek, 1988). După trei cicluri recursive, inconștientul Joannei a indicat (prin mișcarea unui deget) că putea să se îndrepte spre viitor fără această problemă.

Și, pe măsură ce degetul tău „da” se ridică, ca recunoaștere a faptului că mintea ta inconștientă te poate lăsa acum să te îndrepți spre viitor fără problemă, poți lăsa ca această senzație de ridicare să se răspândească în restul mâinii tale și în braț, făcând ca brațul să se ridice în aer până la data la care te vei însănătoși... Mintea ta inconștientă poate scrie data în mod automat pe o tablă imaginară, deși mintea ta inconștientă ar putea alege să uite acest lucru.

Joanne „și-a amintit” două evenimente „cauzatoare” importante în timpul ședinței ideodinamice, ambele legate de

experiențe familiale. Aceste evenimente au fost discutate cu familia și au fost urmate de întărirea eului cu aceasta. În cursul acestei ședințe de terapie, a apărut un grad de catharsis atunci când mama și bunica Joannei au început să plângă în relație cu o experiență dureroasă de familie (care devenise un „secret de familie” despre care nu se vorbea). Catharsisul a fost încurajat și a părut să fie de valoare terapeutică, împreună cu dezvăluirea asociată.

Ședința 4

Partea principală a ședinței de terapie a implicat hipnoza de grup cu întreaga familie și experimentarea locului preferat din aer liber.

Observi o potecă ce te invită să pășești pe ea. La capătul acestei poteci observi o lumină foarte prietenoasă, verde-albăstruie, care se mișcă încet spre tine... și, cum se apropie tot mai mult, se transformă într-un animal prietenos, consilierul sau terapeutul tău interior, care te poate ajuta cu orice problemă ai putea avea. Prezintă-te, te rog, prietenului tău și spune-i care este problema ta... prietenul tău te ascultă cu atenție și apoi răspunde... ascultă cu atenție, înțelegând că s-ar putea să nu înțelegi complet ceea ce îți comunică în acest moment... dar că întreaga semnificație a celor comunicate va putea fi apreciată mult mai târziu, poate sub forma unui vis pe care-l vei avea astăzi mai târziu sau săptămâna viitoare, mai devreme sau mai târziu. Și acum spune-i la revedere prietenului tău, știind că îl poți întâlni oricând dorești dacă vei vizita locul tău preferat și îl vei chema pe nume.

Familia a împărtășit experiențele avute, apoi a fost realizat un dialog de grup între animale (un tip de experiență *gestalt*). Aceasta s-a dovedit a fi foarte eficace și a demonstrat o serie

de relații importante (de exemplu, aspecte de control și putere, resentimente și gelozie, afecțiuni etc.) între membrii familiei.

Ședința 5

În această ședință de terapie au fost explorate furia și asertivitatea, prin folosirea unei abordări de imagerie ghidată în contextul hipnozei. Toți membrii familiei au fost hipnotizați prin folosirea unei tehnici de *focusing* (respirația), urmată de tehnica de rostogolire a ochilor a lui Spiegel.

Lăsându-te să plutești spre malurile unui curs lin de apă... vezi priveliștea... culorile... formele... auzi sunetele... simți sentimentele... și acum urmezi poteca de-a lungul cursului de apă înapoi spre sursa sa, devenind tot mai tânăr cu fiecare pas pe care îl faci... înapoi, până într-un moment în care te-ai simțit fericit și mulțumit... și acum mergi înapoi la locul de început, împărtășind orice probleme ai avea cu animalul tău prietenos... și găsești că poteca este blocată de o stâncă foarte mare... nu este nici o modalitate de a trece de ea... iar lângă stâncă este un băț mare... pe care îl ridici și începi să lovești stânca cu el, iar pe măsură ce lovești stânca, ea se transformă într-o persoană... poate cineva pe care-l cunoști... și, pe măsură ce continui să lovești această persoană, stânca devine din ce în ce mai mică, până când poți păși peste ea și poți merge mai departe... și mergi spre estuarul în care cursul de apă se varsă în mare... și pe drum te odihnești sub un stejar...

Apoi a fost spusă povestea „viața unui stejar” (vezi intervenția 30 din capitolul 4), ca metaforă pentru creștere și schimbare. Au urmat discuții însoțite de prelucrare *gestalt*, respectiv tehnica „scaunului gol” și inversarea de rol.

Ședințele 6 și 7

Ultimele două ședințe au reîntărit în mare măsură ceea ce s-a realizat în ședințele de terapie precedente. Joanne a început treptat să își controleze comportamentul bulimic, iar ședințele de urmărire la șase luni au arătat că, în următorii doi ani, comportamentul nu a reapărut.

Rezumat

Presupunerea de bază a terapeutului a fost aceea că există un potențial interior pentru a ajunge la o stare de echilibru în legătură cu funcționarea umană, atât la nivel individual, cât și familial. Se poate postula că au fost implicați o serie de factori terapeutici curativi :

1. facilitarea „resurselor de vindecare internă”, prin folosirea întăririi eului și a hipnoterapiei (Rossi, 1996) ;
2. accesarea și trecerea în revistă a dinamicii reprimată, conducând la *insight* (cu acceptare conștientă și inconștientă) și o soluție ulterioară a acestei dinamici care a menținut simptomatologia ;
3. dezvoltarea unor comportamente și strategii alternative și „competiționale” ;
4. împărtășirea diferitelor preocupări și griji între membrii familiei ;
5. dezvoltarea unui suport colaborativ și a încrederii în cadrul familiei ;
6. ocazii de catharsis emoțional într-un mediu suportiv ;
7. facilitarea împărtășirii speranței și optimismului.

Această abordare a furnizat o pârghe terapeutică imensă în termeni de dezvoltare a motivației între ședințele de terapie. Întreaga familie a fost „implicată” în procesul terapeutic și cu toții au avut un beneficiu considerabil în urma ședințelor de terapie familială. Joanne a putut modifica comportamentul ei alimentar cu ajutorul familiei, iar membrii familiei au făcut schimbări în propria lor funcționare, ca rezultat al procesului terapeutic. Se poate spune cu toată convingerea că această abordare a problemelor Joannei a fost îmbunătățită prin implicarea întregii familii, deși nu a fost propus un model explicit de terapie familială. Prin urmare, familia a fost mai puțin stresată și capabilă să se bucure de relații de familie mai apropiate. Acest lucru în sine a avut un impact considerabil asupra vieții lor în general.

Postfață

Există o poveste despre un vapor cu pasageri care se pregătea să plece într-o croazieră în jurul lumii. În ultimul moment, înainte de plecare, motorul principal s-a oprit, surprinzându-l foarte tare pe căpitan. A chemat cei mai buni ingineri pentru a examina motorul, ceea ce au și făcut cu ajutorul tehnologiilor de vârf, dar totul a fost în zadar. În final, unul dintre pasageri s-a oferit să ajute; după ce i s-a explicat pe scurt care este problema, a cerut să i se aducă un ciocan în sala motoarelor. A examinat motorul și a ascultat cu atenție zgomotul pe care îl făcea înainte de a lovi cu precizie cu ciocanul o valvă mică și roșie. Imediat, motorul a început să funcționeze perfect. Atunci când a fost întrebat care este onorariul pe care îl cere, omul a spus că dorește un dolar pentru că a lovit valva cu ciocanul și 999 de dolari pentru că a știut unde să lovească!

Această carte a prezentat un mare număr de intervenții hipnoterapeutice pentru lucrul cu pacienții care prezintă o varietate de probleme și simptome legate de stres. Am încercat să arăt un punct de vedere care promovează unicitatea și calitățile de vindecare ale fiecărui pacient; prin urmare, am prezentat tratamente individualizate. În hipnoterapie se acordă o atenție specială calității relației terapeutice precum și implicării active a pacientului. Hipnoterapeuții trebuie să fie profesioniști pregătiți și familiarizați cu progresele de ultimă oră privind teoria și practica domeniilor clinice specifice, dar, cu toate acestea, ei rămân în primul rând vindecători. Arta vindecării necesită ca practicianul să acorde atenție în special satisfacerii nevoilor psihologice ale pacienților, proces care necesită compasiune și sensibilitate. Pentru ca acest lucru să se întâmple,

este necesar un grad ridicat de conștientizare individuală și capacitatea de a avea încredere în propriile resurse.

Deși tehnologia medicală și farmaceutica au progresat rapid în ultimele două decenii, ele sunt adesea deficitare în abordarea unor probleme majore legate de condiția umană, din cauză că, frecvent, contextul personal și cel social sunt ignorate. Un exemplu este Viagra, care, deși poate ajuta bărbații să obțină o erecție suficientă pentru actul sexual, nu garantează o viață sexuală satisfăcătoare pentru bărbat și partenera sa. Progresele din medicină și neurologie fac ca multe dintre problemele minții și ale corpului uman să poată fi tratate, dar nu și vindecate. Tot mai mult, oamenii cer alternative la așa-numita medicină convențională. Terapiile complementare, cum este acupunctura, sunt un ajutor valoros pe lângă tratamentele medicale și există tot mai multe dovezi că eficacitatea lor trece de efectul placebo. De exemplu, Parient, White, Frackowiak și Lewith (2005) au arătat că acupunctura reală are un efect fiziologic specific și că expectanțele pacienților și credințele lor în legătură cu un tratament potențial benefic modulează activitatea unor zone ale creierului legate de sistemul de recompense. De asemenea, așa cum s-a discutat în această carte, dezvoltarea recentă a hipnoterapiei a arătat în mod convingător că procesele psihoneuroimunologice pot fi stimulate pentru a facilita vindecarea interioară.

Oricum, sunt necesare cercetări care să demonstreze că hipnoterapia funcționează cu adevărat și să arate și cu ce pacienți și cu ce simptomatologie funcționează. La ora actuală, metoda acceptată de evaluare a eficacității clinice este studiul clinic randomizat (RCT), pe baza căruia se realizează evaluarea practicii bazate pe dovezi. Deci cercetările de valoare sunt problematice. Într-o carte recentă, Steven Rose (2005) spune că multe cercetări neurologice inteligente sunt realizate folosind modele primitive ale creierului. Este interesant că oamenii care lucrează sub stres, ca de exemplu un grup de asistente medicale, au același profil neurochimic cu depresivii, deși ele se simt foarte fericite! Autorul concluzionează că nu există un simplu lanț al cauzei și efectului care să lege între ele evenimentele de la nivel celular și psihologic. Chiar și așa, intervențiile neurofarmacologice

primitive, cum este tratamentul electro-convulsivant sau Ritalinul, funcționează uneori, deși motivele pentru care funcționează nu sunt înțelese cu exactitate. McCrone (1999) aseamănă această abordare cu aceea în care „lovim un televizor vechi”, ceea ce poate să meargă. În unele privințe, hipnoterapia este similară, prin faptul că adesea funcționează – sau cel puțin i se pot atribui unele efecte –, deși motivele pentru care funcționează nu pot fi cu ușurință depistate.

Bineînțeles, intervențiile hipnoterapeutice nu funcționează întotdeauna, deși studiile de caz prezentate adesea în cărți și reviste implică acest lucru, deoarece există atât de puține studii asupra eșecurilor! Trebuie să avem grijă în privința afirmației că hipnoterapia funcționează atunci când aceste afirmații nu pot fi susținute, mai ales în ceea ce privește factorii curativi implicați. Trebuie de asemenea reiterat că hipnoterapia nu este un panaceu și că pentru mulți pacienți s-ar putea să nu fie tratamentul cel mai benefic. În acest context, trebuie reamintit faptul că pacientul de la Serviciul Național de Sănătate (NHS) are dreptul la informații foarte clare și inteligibile legate de tratamentul care i se oferă, precum și informații despre tratamentele alternative disponibile (www.nhs.uk/nhsguide), iar această maximă trebuie să fie aplicată și în practica privată (vezi Drepturile Omului, 1998, www.hmsa.gov.uk). Adesea, hipnoterapia poate fi folosită cu efect maxim atunci când este încorporată în alte abordări medicale sau de tip minte-corp, cum este terapia cognitiv-comportamentală; într-adevăr, această integrare este necesară în multe situații. Integrarea hipnoterapiei cu alte abordări complementare, cum este acupunctura, ar putea de asemenea să fie valoroasă.

Cu toate acestea, există tot mai multe dovezi ale eficacității hipnozei clinice în medicină și psihoterapie, ca urmare a numărului tot mai mare de tomografii computerizate realizate în scop de cercetare. Utilitatea ei este demonstrată și de numărul mare de studii pe scară mică și rapoarte de cazuri clinice care folosesc metodologiile integrate. Pe măsură ce numărul și gama studiilor crește, ca și sofisticarea lor, tot așa și utilizarea hipnoterapiei va fi redefinită în privința tehnicilor specifice, a pacienților și personalității lor unice și a simptomatologiei. Până acum au fost realizate puține cercetări

cu ajutorul rezonanței magnetice nucleare (RMN) pentru a identifica regiunile din creier care sunt active în timpul hipnoterapiei. Cercetările ulterioare vor furniza mai multe cunoștințe asupra bazei anatomice și neurochimice a efectului hipnoterapiei asupra variatelor activități fiziologice.

În timp ce sunt făcute încercări care să le permită hipnoterapeuților să devină mai sofisticăți, este esențial ca în același timp să continuăm să oferim intervenții care să aibă cel mai mare succes posibil. Dar este important să ne reamintim că ființele umane sunt unice și reacționează la stres și la intervențiile terapeutice în modalități diferite; uneori, „mica lor valvă roșie” are altă culoare și este altfel poziționată, uneori este de nerecunoscut, iar alteori pur și simplu nu există! Continuăți să „loviți” și observați cu atenție ce se întâmplă!

Bibliografie

- Aapro, M.S. (1991). „Controlling emesis related to cancer chemotherapy”. *European Journal of Cancer*, 27, 356-362.
- Abela, M.B. (1999). „Hypnotherapy for Crohn's Disease: A promising complementary/alternative therapy”. *Integrative Medicine*, 2(2/3), 127-131.
- Adams, H., Feuerstein, M., Fowler, J. (1980). „Migraine headache: Review of parameters, etiology and intervention”. *Psychological Bulletin*, 217-237.
- Adler, R., Felton, D.L., Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press.
- Alden, P. (1992). *The use of hypnosis in the management of pain on a spinal injuries unit*, lucrare prezentată la Al 12-lea International Congress of Hypnosis, Ierusalim.
- Alden, P. (1995). „Back to the past: introducing the «bubble»”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 59-68.
- Alexander, F., French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Alladin, A. (1988). „Hypnosis in the treatment of severe chronic migraine”. În M. Heap (ed.), *Hypnosis: Current clinical, experimental and forensic practices* (159-166). Londra: Croome Helm.
- Alman, B.M., Lambrou, P. (1997). *Self-Hypnosis: The Complete Manual for Health and Self-Change*, ed. a III-a. New York: Brunner/Mazel.
- American Psychiatric Association. (1980). *A Psychiatric Glossary*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ed. a IV-a. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1996). *Final Report of the working group on investigation of memories of childhood abuse*. Washington, DC.
- Anderson, J.A.D., Basker, M.A., Dalton, E.R. (1975). „Migraine and hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 48-58.

- Andrews, P.L., Davis, C. (1993). „The mechanism of emesis induced by anti-cancer therapy”. În P.L. Andrews, G.J. Sanger (ed.), *Emesis in Anti-Cancer Therapy: Mechanisms and Treatment* (113-116). Londra: Chapman and Hall Medical.
- Aroaz, D.L. (1980). „Clinical hypnosis in treating sexual abulia”. *American Journal of Family Therapy*, 8(1), 48-57.
- Aroaz, D.L. (1982). *Hypnosis and Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Aroaz, D.L. (1985). *The New Hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Aroaz, D.L. (2005). „Hypnosis in human sexuality problems”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, aprilie.
- Ashton, C.J. (1997). „Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery”. *Journal of Cardiovascular Surgery*, 38, 69-75.
- Assagioli, R. (1965/1975). *Psychosynthesis: A Collection of Basic Writings*. Londra: Turnstone Books.
- Axelrad, A.D. (1990). „The role of hypnosis in multiple convergent management of chronic pain”. *Houston Medicine*, 6, 111-119.
- Bach, R. (1970). *Jonathan Livingston Seagull*. New York: Macmillan Company.
- Baer, P.E., Garnezy, L.B., McLaughlin, R.J., Pokorny, A.D., Wernick, M.J. (1987). „Stress, coping, family conflict, and adolescent alcohol use”. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 449-466.
- Bakal, D.A. (1975). „Headache: A biopsychological perspective”. *Psychological Bulletin*, 62, 306-308.
- Bakich, I. (1995). „Hypnosis in the treatment of sexual desire disorders”. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 23(1), 70-77.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Londra: Tavistock.
- Bandler, R., Grinder, J. (1979). *Frogs into Princes*. Moab, UT: Real People Press.
- Bannister, D. (1983). „The internal politics of psychotherapy”. În D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy*. Londra: Routledge, Kegan Paul.
- Bannister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., Tindall, C. (1994). *Qualitative Methods in Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Barabasz, A., Watkins, J.G. (2005). *Hypnotherapeutic Techniques*, ed. a II-a. New York: Brunner- Routledge.
- Barber, J. (1990). „Techniques of hypnotic pain management”. În D.C. Hammond (ed.), *Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 50-52. Londra: W.W. Norton & Company.

- Barber, J. (ed.). (1996). *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain: A Clinical Guide*. New York: W.W. Norton & Company.
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A Scientific Approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T.X., Wilson, S.C. (1978). „The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, (21), 84-108.
- Barnier, A.J., McConkey, K., O'Neill, L.M. (1999). „Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation”. *Contemporary Hypnosis*, 16, 68-80.
- Bartlet, L., Beaumont, J. (1998). „Treating the sleep disorders of children with disabilities and illness: A one-year project”. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 591-612.
- Baum, L.F. (1900). *The Wonderful Wizard of Oz*. George M. Hill Company.
- Baumann, F. (1981). „Hypnosis in the treatment of urinary and fecal incontinence: A twenty-year experience”. În H.J. Wain (ed.), *Theoretical and Clinical Aspects of Hypnosis*. Miami: Symposia Specialists Inc.
- Bayot, A., Capafons, A. (1997). „Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 146-156.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Holber.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. et al. (1988). „An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G., Cichon, J. (1986). „Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims”. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 37-49.
- Beecher, H. (1959). *Measurement of Subjective Responses*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beigel, H.G. (1980). „The hypnotherapeutic approach to male impotence”. În H.G. Beigel, W.R. Johnson (ed.), *Application of Hypnosis in Sex Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Beigel, H.G., Johnson, W.R. (1980). *Applications of Hypnosis in Sex Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bejenke, C.J. (2000). „Benefits of early interventions with cancer patients”. *Hypnos*, 27(2), 75-81.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a IV-a. Chichester: Wiley.

- Bergin, A.E., Lambert, M.J. (1978). „The evaluation of therapeutic outcomes”. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a II-a, 139-189. New York: Wiley.
- Berlin, J., Erdmann, W. (1987). „Hypnosis in the treatment of classical migraine”. *Pain, Supplement* (4), 580.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Bernheim, H. (1886/1957). *Suggestive Therapeutics: A Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism*. Westport: Associated Booksellers.
- Bettelheim, B. (1991). *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Bills, I.G. (1993). „The use of hypnosis in the management of dental phobia”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 13-18.
- Black, P.H. (1994). „Immune system-central nervous system interactions: psychoneuro-endocrinology of stress and its immune consequences”. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 38, 7-12.
- Bonneterre, J., Chevallier B., Metz, R. et al. (1990). „A randomised double-blind comparison of ondansetron and metoclopramide in the prophylaxis of emesis induced by cyclophosphamide, fluorouracil & doxorubicin or epirubicin chemotherapy”. *Journal of Clinical Oncology*, 8, 1063-1069.
- Braid, J. (1843). *Neurpnoylogy: Or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation With Animal Magnetism*. Londra: Churchill.
- Braid, J. (1846). *The Power of the Mind Over the Body*. Londra: Churchill.
- Braid, J. (1855/1970). *The physiology of fascination and critics criticised*. In M. Tinterow (ed.), *Foundation of Hypnosis*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Brandon, D. (1976). *Zen in the Art of Helping*. Londra: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Braun, B.G. (1984). „Uses of hypnosis with multiple personalities”. *Psychiatric Annals*, 14, 34-40.
- Brende, J.O. (1985). „The use of hypnosis in post-traumatic conditions”. In W.E. Kelly (ed.), *Post-Traumatic Stress Disorder and the War Veteran*, 193-210. New York: Brunner/Mazel.
- Bresler, D.E. (1990). „Meeting an inner advisor”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 318-320. New York: Norton.
- Breuer, J., Freud, S. (1895/1955). „Studies on Hysteria”. In J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. II. New York: W.W. Norton & Company.

- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. Newbury Park: Sage.
- Brown, D.P., Fromm, E. (1987). *Hypnosis and Behavioral Medicine*. Londra: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brown, W. (1920). „The revival of emotional memories and its therapeutic value”. *British Journal of Medical Psychology*, 1, 16-19.
- Brown, W. (1921). *Psychology and Psychotherapy*. Londra: Edward Arnold.
- Budman, S.H., Gurman, A.S. (1988). *Theory and Practice of Brief Therapy*. Londra: Hutchinson.
- Burte, J.M., Aroaz, D.L. (1994). „Cognitive hypnotherapy with sexual disorders”. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 1-2.
- Burte, J.M., Burte, W.D., Aroaz, D.L. (1994). „Hypnosis in the Treatment of Back Pain”. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 15(2), 93-115.
- Calnan, R.D. (1977). „Hypnotherapeutic ego-strengthening”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 5, 105-118.
- Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.
- Cappell, H., Greeley, J. (1987). „Alcohol and tension reduction: An update on research and theory”. In H.T. Blane, K.E. Leonard (ed.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, 15-54. New York: Guilford Press.
- Cardena, E., Spiegel, D. (1993). „Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989”. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Carey, M.P., Kalra, D.L., Carey, K.B., Halperin, S., Richard, C.S. (1993). „Stress and unaided smoking cessation: a prospective investigation”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 831-838.
- Carich, P.A. (1986). „Contraindications to using hypnosis”. In B. Zilbergeld, M.G. Edelstein, D.L. Aroaz (ed.), *Hypnosis Questions and Answers*. New York: Norton.
- Carle, E. (1974). *The Very Hungry Caterpillar*. Harmondsworth: Puffin Books (Penguin Books, Ltd.).
- Carnes, P.J. (1991). *Don't Call it Love: Recovery from Sexual Addiction*. New York: Bantam Books.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. Londra: Routledge.
- Castes, M., Hagel, I., Palenque, M., Canelones, P., Corano, A., Lynch, N. (1999). „Immunological changes associated with clinical improvement of asthmatic children subjected to psychosocial intervention”. *Brain & Behavioral Immunology*, 13(1), 1-13.

- Charlton, R.S., Yalom, I.D. (1997). *Treating sexual disorders*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Chaves, J.F. (1993). „Hypnosis in pain management”. In J.W. Rhue., S. Lynn, I. Kirsch (ed.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Chaves, J.F. (1994). „Recent advances in the application of hypnosis to pain management”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 117-129.
- Cheek, D.B. (1961). „Possible uses of hypnosis in dermatology”. *Medical Times*, 89, 76-82.
- Cheek, D.B. (1976). „Short-term hypnotherapy for frigidity using exploration of early life attitudes”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 20-27.
- Cheek, D.B. (1986). *Workshop on Ideomotor Approaches*. Newcastle Upon Tyne, Marea Britanie.
- Cheek, D.B. (1994). *Hypnosis : The Application of Ideomotor Techniques*. Boston : Allyn & Bacon.
- Cheek, D.B., LeCron, L.M. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. New York : Grune & Stratton.
- Cho, K. (2001). „Chronic «jet lag» produces temporal lobe atrophy and spatial cognitive deficits”. *Nature Neuroscience*, 4, 567-568.
- Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., Paquin, M.J. (1989). „The pain of burns : characteristics and correlates”. *Journal of Trauma*, 29, 1531-1539.
- Chwalisz, K. (2003). „Evidence-based practice : A framework for twenty-first-century scientist-practitioner”. *The Counselling Psychologist*, 13, 497-528.
- Clarkson, P. (1998). „Supervision in counselling, psychotherapy and health : An intervention priority sequencing model”. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 1(2), 195.
- Clarkson, P. (2003). *The Therapeutic Relationship*, ed. a II-a. Londra : Whurr Publishers.
- Clarkson, P. (ed.). (1996). *Counselling Psychology : Integrating Theory, Research and Supervised Practice*. Londra : Routledge.
- Clarkson, P., Aviram, O. (1998). „Phenomenological research on supervision : Supervisors reflect on «being a supervisor»”. In P. Clarkson (ed.), *Counselling Psychology : Integrating Theory, Research and Supervised Practice*, 273-299. Londra : Routledge.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B. (2003). „Emotional style and susceptibility to the common cold”. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657.
- Conner, M., Fitter, M., Fletcher, W. (1999). „Stress and snacking : A diary study of daily hassles and between-meal snacking”. *Psychology and Health*, 14, 51-63.

- Cooper, A. (ed.). (2002). *Sex and the Internet : A Guidebook for Clinicians*. Florence, KY : Brunner-Routledge.
- Cooper, P., Cruickshanks, P., Miller, V., Whorwell, P.J. (2003). „Gut-focussed hypnotherapy normalises disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome”. *Alimentary Pharmacological Therapy*, 17(5), 635-642.
- Cornwell, J., Burrows, G.D., McMurray, N. (1981). „Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behaviour”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 61-76.
- Cotanch, P., Hockenberry, M., Herman, S. (1985). „Self-hypnosis as anti-emetic therapy in children receiving chemotherapy”. *Oncology Nursing Forum*, 12, 41-46.
- Covino, N.A., Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., Frankel, E.H. (1994). „Hypnotizability, dissociation and bulimia nervosa”. *Journal of Abnormal Psychology*, 42, 204-231.
- Cox, S., de Lusignan, S., Chan, T. (2004). „General practitioners believe that hypnotherapy could be a useful treatment for irritable bowel syndrome in primary care”. *BMC Family Practice*, 5(1), 22.
- Crasilneck, H.B. (1979). „The use of hypnosis in the treatment of psychogenic impotency”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 147-153.
- Crasilneck, H.B. (1982). „A follow-up study in the use of hypnotherapy in the treatment of psychogenic impotency”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 52-61.
- Crasilneck, H.B., Hall, J.A. (1985). *Clinical Hypnosis : Principles & Applications*. Orlando : Grune & Stratton.
- Crowley, R., Mills, J. (1986). „The nature and construction of therapeutic metaphors for children”. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 3(2), 69-76.
- Cyna, A., McAuliffe, G., Andrew, M. (2004). „Hypnosis for pain relief in labour and childbirth : a systematic review”. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505-511.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' Error : Emotion, Reason, and the Human Brain*. Oxford : Oxford University Press.
- Daud, L., Garraalda, M.E., David, T.J. (1993). „Psychosocial adjustment in pre-school children with atopic eczema”. *Archives of Diseases in Childhood*, 69, 670-676.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. New York : Spectrum.

- Davanloo, H. (1980). „A method of short-term psychodynamic therapy”. In H. Davanloo (ed.), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davidson, G.P., Garbett, N.D., Tozer, S.G. (1982). „An investigation into audiotaped self-hypnosis training in pregnancy and labour”. In D. Waxman, P.C. Misra, M. Gibson, M.A. Basker (ed.), *Modern Trends in Hypnosis*. New York: Plenum.
- Davidson, P. (1987). „Hypnosis and migraine headache: reporting a clinical series”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 111-118.
- Davies, P., Morgan, D. (1997). „Hypnosis with Children”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4(2), 87-92.
- De Benedittis, G. (1999). „Hypnotically induced dreams: Rationale and techniques”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(2), 42-49.
- Degun, M.D., Degun, G. (1982). „The use of hypnosis in the treatment of psychosexual disorders: with case illustrations of vaginismus”. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1(5), 31-36.
- Degun, M.D., Degun, G. (1988). „The use of hypnotic dream suggestion in psychotherapy”. In M. Heap (ed.), *Hypnosis: Current Clinical, Experimental, and Forensic Approaches*. Londra: Croom Helm.
- Degun-Mather, M. (1995). „Group therapy and hypnosis for the treatment of bulimia nervosa”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 69-73.
- Degun-Mather, M. (1997). „The use of hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder in a survivor of childhood abuse”. *Contemporary Hypnosis*, 14, 100-104.
- Degun-Mather, M. (2001). „The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran”. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 4-13.
- Degun-Mather, M. (2003). „Ego-State Therapy in the treatment of a complex eating disorder”. *Contemporary Hypnosis*, 20(3), 165-173.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Londra: Sage.
- DeShazer, S. (1985). *Keys To Solution in Brief Therapy*. New York: Norton.
- DeShazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Dhabhar, F., Satoskar, A., Bluethmann, H., David, J., McEwen, B. (2000). „Stress-induced enhancement of skin immune function: A role for gamma interferon”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96, 1059-1064.

- Diamond, M.J. (1974). „Modification of hypnotizability: A review”. *Psychological Bulletin*, 81, 180-198.
- Diamond, M.J. (1977). „Hypnotizability is modifiable: An alternative approach”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 147-166.
- Dimond, R.E. (1981). „Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 284-288.
- Drummond, F.E. (1981). „Hypnosis in the treatment of headache: a review of the last 10 years”. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 28(3), 87-101.
- Duncan, R.D., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hanson, R.F., Resnick, H.S. (1996). „Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey”. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 437-448.
- Dunn, K.M., Cherkas, L.F., Spector, T.M. (2005). „Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study”. *Biology Letters*, iunie.
- Dwivedi, K.N. (ed.). (2000). *Post Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents*. Londra: Whurr Publishers Ltd.
- Edgette, J.H., Edgette, J.S. (1995). *Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Edmond, T., McCarty, D. (2004). „Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy”. *Research in Social Work Practice*, 14(4), 259-272.
- Edmonston, W.E. (1981). *Hypnosis and Relaxation: Modern Verification of An Old Equation*. New York: John Wiley & Sons.
- Edser, S.J. (2002). „Hypnotically-facilitated counter-conditioning of anticipatory nausea and vomiting associated with chemotherapy”. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 23(1), 18-30.
- Elkins, G., Carter, B. (1981). „Use of science fiction-based imagery technique in child hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 274-277.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Elton, D., Stanley, G., Burrows, G. (1983). *Psychological Control of Pain*. Sydney: Grune & Stratton.
- Elvira, V. (2000). „Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial”. *The Lancet*, 355(9214), 1486-1490.
- Engels, F. (1939). *Anti-Dühring*. New York: International Publishers.
- Engels, G.L. (1971). „Sudden and rapid death during psychological stress”. *Annals of Internal Medicine*, 74, 771.

- Epstein, S.J., Deyoub, P.L. (1983). „Hypnotherapeutic control of exhibitionism: A brief communication”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 63-66.
- Erickson, M.H. (1932). „Possible detrimental effects of Experimental Hypnosis”. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37, 321-327.
- Erickson, M.H. (1934). „A brief survey of hypnotism”. *Medical Record*, 5 decembrie.
- Erickson, M.H. (1950). *Hypnosis in obstetrics: Utilizing experiential learnings* [CD]. Milton H. Erickson Foundation Press [2001].
- Erickson, M.H. (1952a). „Deep hypnosis and its induction”. In L.M. LeCron (ed.), *Experimental Hypnosis*. New York: Macmillan.
- Erickson, M.H. (1952b/1980). „Deep hypnosis and its induction”. In E. Rossi (ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, vol. 1. New York: Irvington.
- Erickson, M.H. (1952c). *A therapeutic double bind utilizing resistance: Milton H. Erickson: Complete Works* [CD]. Milton H. Erickson Foundation Press [2001].
- Erickson, M.H. (1954). „Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure”. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 2, 261-283.
- Erickson, M.H. (1956). „Reorganization of unconscious thinking without conscious awareness: Two cases with intellectualized resistance against hypnosis”. *Milton H. Erickson: Complete Works* [CD]. Milton H. Erickson Foundation Press [2001].
- Erickson, M.H. (1958). „Naturalistic Techniques of Hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3-8.
- Erickson, M.H. (1958). „Pediatric hypnotherapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 25-29.
- Erickson, M.H. (1959). „Further clinical techniques of hypnosis: utilization techniques”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 3-21.
- Erickson, M.H. (1960). „Utilization of patient behavior in the hypnotherapy of obesity: Three case reports”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 112-116.
- Erickson, M.H. (1962). *Milton H. Erickson: Complete Works* [CD]. Phoenix: Milton H. Erickson Foundation.
- Erickson, M.H. (1964). „Pantomime techniques in hypnosis and the implications”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 64-70.
- Erickson, M.H. (1964). „The «Surprise» and «My-Friend-John» techniques of hypnosis: minimal cues and natural field experimentation”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, aprilie, 293-307.

- Erickson, M.H. (1965). „Use of symptoms as an integral part of hypnotherapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 57-65.
- Erickson, M.H. (1966). „The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198-209.
- Erickson, M.H. (1973). „Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic processes in a case of ejaculatio praecox”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 217-222.
- Erickson, M.H. (1977). „Hypnotic approaches to therapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(1), 20-35.
- Erickson, M.H., Kubie, L.S. (1941). „The successful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood”. *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 583-609.
- Erickson, M.H., Rossi, E. (1953). „Impotence: Facilitating unconscious reconditioning”. *Milton H. Erickson: Complete Works* [CD]. Milton H. Erickson Foundation Press [2001].
- Erickson, M.H., Rossi, E. (1975). „Varieties of double bind”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 143-157.
- Erickson, M.H., Rossi, E. (1976a). „Two-level communication and the microdynamics of trance and suggestion”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 153-171.
- Erickson, M.H., Rossi, E. (1976b). „Indirect forms of suggestion”. *Milton H. Erickson: Complete Works* [CD]. Milton H. Erickson Foundation Press [2001].
- Erickson, M.H., Rossi, E. (1989). *The February Man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic Realities*. New York: Irvington.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Evans, B.J., Coman, G.J., Burrows, G.D. (ed.). (1997). *Hypnosis for Weight Management and Eating Disorders: A Clinical Handbook*. Heidelberg, Australia: Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.
- Evans, C., Richardson, P.H. (1988). „Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anesthesia”. *Lancet*, 2, 491-493.
- Evans, F.J. (1994). „Hypnosis and pain control”. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 21-33.

- Everill, J.T., Waller, G. (1995). „Dissociation and bulimia : Research and theory”. *European Eating Disorders Review*, 3, 129-147.
- Ewin, D.M. (1979). „Hypnosis in burn therapy”. În G.D. Burrows, D.R. Collison, L. Dennerstein (ed.), *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, 269-275. New York : Elsevier Press.
- Ewin, D.M. (1992). „Hypnotherapy for warts (Verruca Vulgaris): 41 consecutive cases with 33 cures”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10.
- Fabbri, R. (1976). „Hypnosis and behavior therapy : A coordinated approach to the treatment of sexual disorders”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 4-8.
- Faria, J.C. de Abbe. (1906). *De la cause de sommeil lucide : ou étude sur la nature de l'homme*. În D.C. Delgado (ed.). Paris : Henri Juvet.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York : Basic Books.
- Fellows, B.J. (1988). „The use of hypnotic susceptibility scales”. În M.J. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practicels*. Londra : Croom Helm.
- Ferber, R., Kryger, M. (1995). *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia, PA : Saunders.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., Frances, A. (1999). „The Expert Consensus Guideline Series : Treatment of Posttraumatic Stress Disorder”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supliment 16.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. (ed.). (2000). *Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Molnar, C. (1995). „Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder”. În M.J. Friedman, D.S. Charney, A.Y. Deutch (ed.), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : From Normal Adaptation To Post-Traumatic Stress Disorder*. Philadelphia : Lippincott-Raven.
- Folks, D.G., Kinney, F.C. (1992). „The role of psychological factors in dermatologic conditions”. *Psychosomatics*, 33, 45-54.
- Ford, R. (1995). „Hypnotic treatment of a sleeping problem in an 11-year-old boy”. *Contemporary Hypnosis*, 12(3), 201-206.
- Fowler-Kerry, S. (1990). *Adolescent oncology survivors' recollection of pain*, lucrare prezentată la First International Pain Symposium, Seattle, Washington.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*, ed. a II-a. Baltimore : John Hopkins University Press.

- Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S.A., Ashkanazi, G.S. (1986). „Hypnosis and behaviour treatment in a worksite cessation program”. *Addictive Behaviors*, 11, 59-62.
- Frederick, C., Phillips, M. (1992). „The use of hypnotic age progressions as interventions with acute psychosomatic conditions”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 89-98.
- Fredericks, L.E. (2001). *The Use of Hypnosis in Surgery : Psychological Preparation of the Surgical Patient*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- Frenay, M.C., Faymonville, M.E., Devlieger, S., Albert, A., Vanderkelen, A. (2001). „Psychological approaches during dressing changes of burned patients : a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy”. *Burns*, 27, 793-799.
- Freud, S. (1900/1976). *The Interpretation of Dreams*. Harmondsworth, Middlesex : Pelican Books.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. New York : Norton.
- Friedman, H., Taub, H.A. (1985). „Extended follow-up study of the effects of brief psychological procedures in migraine therapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 27-33.
- Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J. (1986). „Alteration of Type A behavior and its effects on cardiac reoccurrences in post myocardial infarction patients : Summary results of the recurrent coronary prevention project”. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
- Fromm, E. (1956). *The Art of Loving*. New York : Harper & Row.
- Gandhi, B., Oakley, D.A. (2005). „Does «hypnosis» by any other name smell as sweet? The efficacy of «hypnotic» inductions depends on the label «hypnosis». *Consciousness and Cognition*.
- Gannon, J.P. (1993). „False memory syndrome : How do we come to know what is true? ”. *San Francisco Psychologist*, iulie, 5-7.
- Gardner, G.G. (1976). „Hypnosis and mastery : Clinical contributions and directions for research”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 202-214.
- Gardner, G.G. (1990). „Helping Parents see Specific Advantages in Child Hypnotherapy”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 477-480. New York : W.W. Norton & Company.
- Gardner, G.G., Olness, K., Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York : Guilford Press.
- Gauld, A. (1992). *A History of Hypnotism*. Cambridge : Cambridge University Press.

- Genius, M.L. (1995). „The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis : A review of recent empirical studies”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 316-325.
- German, E. (2004). „Hypnotic preparation of a mother-to-be”. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32 (2), 157-169.
- Gibson, H.B. (ed.). (1994). *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londra : Chapman & Hall.
- Gibson, H.B., Heap, M. (1991). *Hypnosis in Therapy*. Hove : Lawrence Erlbaum.
- Gilligan, S. (1987). *Therapeutic Trances : The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New York : Aldine.
- Glaser, R., Kennedy, S., Lafuse, W., Bonneau, R., Speicher, C., Hillhouse, J., Kiecolt-Glaser, J.K. (1990). „Psychological stress-induced modulation of interleukin 2 receptor gene expression and interleukin gene 2 production in peripheral blood leukocytes”. *Archives of General Psychiatry*, 47, 707-712.
- Glaser, R., Lafuse, W., Bonneau, R., Atkinson, C., Kiecolt-Glaser, J.K. (1993). „Stress-associated modulation of proto-oncogene expression in peripheral blood leukocytes”. *Behavioral Neuroscience*, 107, 525-529.
- Golden, L. (1999). „Hypnosis in obstetrics and gynecology”. In R. Temes (ed.), *Medical Hypnosis : An Introduction and Clinical Guide*, 65-78. Philadelphia : Churchill Livingstone.
- Golden, W. L., Dowd, E.T., Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy : A Modern Approach*. Boston : Allyn & Bacon.
- Goldstein, R.H. (2005). „Successful repeated hypnotic treatment of warts in the same individual”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, aprilie.
- Gonsalkorale, W.M., Houghton, L.A., Whorwell, P.J. (2002). „Hypnotherapy in irritable bowel syndrome : A large scale audit of a clinical service with an examination of factors influencing responsiveness”. *American Journal of Gastroenterology*, 97(4), 954-961.
- Gonsalkorale, W.M., Miller, V., Afzal, A., Whorwell, P.J. (2003). „Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome”. *Gut*, 52(11), 1623-1629.
- Gorassini, D.R., Spanos, N.P. (1999). „The Carleton Skill Training Program for Modifying Hypnotic Suggestibility : Original Version and Variations”. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna, S. Amigo (ed.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Gottheil, E. (ed.). (1987). *Stress and Addiction*. New York : Brunner/Mazel.

- Gow, M. (2002). „Treating dental needle phobia using hypnosis”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(2), 198-202.
- Gravitz, M.A., Page, R.A. (2002). „Hypnosis in the management of stress reactions”. In G.S. Everly, J.M. Lating (ed.), *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*, 241-252. New York : Kluwer/Plenum.
- Green, J.P. (1996). „Cognitive behavioral hypnotherapy for smoking cessation : A case study in a group setting”. In S.J. Lynn, I. Kirsch, J.W. Rhue (ed.), *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Green, J.P. (1999). „Hypnosis and the treatment of smoking cessation and weight loss”. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna, S. Amigo (ed.), *Clinical Hypnosis and Self-Regulation*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Green, W.A. (1966). „The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 794-801.
- Greenberg, L.S. (1991). „Research on the process of change”. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greene, B.R., Blanchard, E.B., Wan, C.K. (1994). „Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease”. *Behavior Research & Therapy*, 32, 217-226.
- Greenleaf, E. (1969). „Developmental-stage regression through hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(1), 20-26.
- Greenleaf, E. (1990). „Suggestions to Facilitate Revivification”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions & Metaphors*. New York : W.W. Norton & Company.
- Greenson, R.R. (1967). *The Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York : International Universities Press.
- Greer, S., Morris, T. (1975). „Psychological attributes of women who develop breast cancer”. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Grof, S. (1976). *Realms of the Human Unconscious : Observations from LSD Research*. New York : E.P. Dutton & Co., Inc.
- Grof, S. (1988). *The Adventure of Self-Discovery*. New York : State University of New York Press.
- Gross, J., Levenson, R.W. (1997). „Hiding feelings : The acute effects of inhibiting negative and positive emotion”. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H., Frentzel-Beyme, R. (1986). „The Heidelberg Prospective Intervention Study”. In W.J. Eysenck, H.J. Eysenck, H. Vetter, H. Frentzel-Beyme (ed.), *Psychosomatic Medicine*, 1, 1-10.

- A.M. Depoorter, N. van Larbeke (ed.), *Primary Prevention of Cancer*, 199-212. New York: Raven Press.
- Gruzelier, J. (2002). „A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health”. *Stress*, 5, 147-163.
- Gruzelier, J. (2002). „Self-hypnosis and immune function, health, wellbeing and personality”. *Hypnos: Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29, 186-191.
- Gruzelier, J., Levy, J., Williams, J., Henderson, D. (2001). „Self-hypnosis and exam stress: comparing immune and relaxation-related imagery for influences on immunity, health and mood”. *Contemporary Hypnosis*, 18(2), 73-86.
- Guevara, E. (2008). *Jurnal pe motocicletă*, trad. de Ana Chirițoiu și Gruia Dragomir. Iași: Polirom.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, J. (2001). „Cellular imaging of zif-268 expression in the hippocampus and amygdala during contextual and cued fear memory retrieval: Selective of hippocampal CA1 neurons during the recall of contextual memories”. *Journal of Neuroscience*, 21, 2186-2193.
- Halmos, P. (1978). *The Personal and the Political*. Londra: Hutchinson & Co.
- Hammond, D.C. (1984). „Hypnosis in marital and sex therapy”. În R.F. Stahmann, W.J. Hiebert (ed.), *Counseling in Marital & Sexual Problems*, 115-130. Lexington, Mass: Lexington Books.
- Hammond, D.C. (1985). „Treatment of inhibited sexual desire”. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian Psychotherapy*, vol. II: *Clinical Applications*, 415-428. New York: Brunner/Mazel.
- Hammond, D.C. (1990). „Hypnotherapy with sexual dysfunctions: The Master Control Room Technique”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 354. Londra: W.W. Norton & Company.
- Hammond, D.C. (ed.). (1990a). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, Londra: W.W. Norton & Company.
- Hanson, M. (2004). „Over and out”. *The Guardian*, 8-9, 7 august.
- Hart, B.B., Alden, P.A. (1994). „Hypnotic techniques in the control of pain”. În H.B. Gibson (ed.), *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londra: Chapman & Hall.
- Hart, C., Hart, B. (1996). „The use of hypnosis with children and adolescents”. *The Psychologist*, 9(11), 506-509.
- Hart, C., Hart, B. (1998). „Discussion Commentary: Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric oncology patients”. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 208-211.
- Hartland, J. (1971). *Medical and Dental Hypnosis & Its Clinical Applications*. Eastbourne: Bailliere Tindall.
- Hartland, J. (1989). *Medical and Dental Hypnosis*. Londra: Bailliere Tindall.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrier, N. (2003). „Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder”. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522.
- Harvey, R.F., Hinton, R.A., Gunary, R.M., Barry, R.E. (1989). „Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome”. *Lancet*, februarie, 1(8635), 424-425.
- Hawkins, P.J. (1986). *Catharsis in psychotherapy*, teză de doctorat nepublicată. University of Durham, Anglia.
- Hawkins, P.J. (1990). *The use of hypnosis in the treatment of bulimia*, lucrare prezentată la Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental & Clinical Hypnosis, Sheffield.
- Hawkins, P.J. (1994a). „Is this the renaissance of clinical hypnosis?”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(2), 4-6.
- Hawkins, P.J. (1994b). „Caring for carers”. În M. Kaila, N. Polemikos, G. Filippou (ed.), *People With Special Needs*. Atena: Ellinika Grammata.
- Hawkins, P.J. (1994c). „Ideodynamic signalling in psychodynamic psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(1), 41-44.
- Hawkins, P.J. (1994d). „Hypnosis in family therapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(3), 1-7.
- Hawkins, P.J. (1995). „Catharsis in counselling psychology”. *Counselling Psychology Review*, 10(2), 11-17.
- Hawkins, P.J. (1996). „Hypnosis in sex therapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 3(2), 2-8.
- Hawkins, P.J. (1997a). „Psychodynamic psychotherapy”. În P.J. Hawkins, J.N. Nestoros (ed.), *Psychotherapy: New Perspectives on Theory, Practice and Research*, 97-129. Atena: Ellinika Grammata.
- Hawkins, P.J. (1997b). „Clinical hypnosis strategies in the treatment of sexual dysfunction”. În C. Simonelli, F. Petruccelli, V. Vizzari (ed.), *Sessualita e Terzo Millennio: Studi e ricerche in sessuologia clinica*, vol. 1, 347-361. Milano: Franco Angeli.
- Hawkins, P.J. (1997c). „Clinical hypnosis”. În P.J. Hawkins, J.N. Nestoros (ed.), *Psychotherapy: New Perspectives on Theory, Practice and Research*, 197-241. Atena: Ellinika Grammata.

- Hawkins, P.J. (2006). „Hypnoanalysis : An integration of clinical hypnosis and psychodynamic therapy”. In E. O'Leary, M. Murphy (ed.), *New Approaches to Integration in Psychotherapy*. Londra : Brunner-Routledge.
- Hawkins, P.J., Liossi, C., Ewart, B.E., Hatira, P., Kosmidis, V.H., Varvutsi, M. (1995). „Hypnotherapy for control of anticipatory nausea and vomiting in children with cancer : preliminary findings”. *Psycho-Oncology*, 4, 101-106.
- Hawkins, P.J., Liossi, C., Hatira, P., Ewart, B.E., Kosmidis, V.H. (1998). „Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric cancer patients”. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 199-207.
- Hawkins, P.J., Nestoros, J.N. (ed.). (1997). *Psychotherapy : New Perspectives on Theory, Practice and Research*. Atena : Ellinika Grammata.
- Hawkins, P.J., Polemikos, N. (2002). „Hypnosis treatment of sleeping problems in children experiencing loss”. *Contemporary Hypnosis*, 19(1), 18-24.
- Heap, M., Aravind, K.K. (2001). *Hartland's Medical and Dental Hypnosis*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Heap, M., Brown, R.J., Oakley, D.A. (2004). „High hypnotizability : Key issues”. In M. Heap, R.J. Brown, D.A. Oakley (ed.), *The Highly Hypnotizable Person : Theoretical, Experimental and Clinical Issues*, 5-29. Londra : Brunner-Routledge.
- Hearne, K.M.T. (1993). „Hypnosis in the conversion of nightmares to lucid dreams”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(1), 12-17.
- Henwood, K., Nicolson, P. (1995). „Qualitative research”. *The Psychologist*, 8(3), 109-110.
- Henwood, K., Pidgeon, N. (1995). „Grounded theory and psychological research”. *The Psychologist*, 8(3), 115-121.
- Herman, J.L., Schatzow, E. (1987). „Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma”. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Herold, D.M., Conlon, E.J. (1981). „Work factors as potential causal agents of alcohol abuse”. *Journal of Drug Issues*, 11, 337-356.
- Heron, J. (1971). *Experience and Method*. Guildford : University of Surrey.
- Heron, J. (1992). *Feeling and Personhood : Psychology in another key*. Londra : Sage.
- Heron, J. (1996). *Co-Operative Inquiry : Research into the Human Condition*. Londra : Sage.
- Heron, J. (1998). *Catharsis in Human Development* (Rev.). Disponibil online la www.human-inquiry.com/catharsi.htm.
- Heron, J. (1998). *Co-Counselling Manual* (Rev.). Disponibil online la <http://www.shef.ac.uk/personal/c/cci/cciuk/resources/manuals.html>.

- Heron, J. (2001). *Helping the Client : A Creative Practical Guide*, ed. a V-a. Londra : Sage.
- Heron, J., Reason, P. (1997). „A participatory inquiry paradigm”. *Qualitative Inquiry*, 3(3), 274-294.
- Hilgard, E.R. (1982). „Hypnotic susceptibility and implications for measurement”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 394-403.
- Hilgard, E.R., Hilgard, J.R. (1994). *Hypnosis in the Relief of Pain*, ed. rev. Los Altos, CA : William Kaufman.
- Hilgard, J.R., Le Baron, S. (1984a). *Hypnotherapy of Children With Pain*. Los Altos, CA : William Kaufman.
- Hilgard, J.R., LeBaron, S. (1982). „Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer : Quantitative measures and clinical observations”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 417-442.
- Hilgard, J.R., LeBaron, S. (1984b). *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*. Los Altos, CA : William Kaufmann.
- Hilliard, R.B. (1993). „Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.
- Hoareau, J. (1998). „Hypnosis in France”. In P.J. Hawkins, M. Heap (ed.), *Hypnosis in Europe*. Londra : Whurr Publishers Ltd.
- Hollander, E., Simeon, D., Gorman, J.M. (1994). „Anxiety disorders”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Pasco Fearon, R., Hunter, E.C.M., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005). „Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications”. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). „The social readjustment rating scale”. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- House of Lords Select Committee. (2000). *Select Committee on Science and Technology : Sixth Report*, 21 noiembrie.
- Howsam, D.G. (1999). „Hypnosis in the treatment of insomnia, nightmares, and night terrors”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 32-39.
- Hull, C. (1933/1968). *Hypnosis and Suggestibility*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Humphries, A. (1988). „Applications of hypnosis to anxiety control”. In M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom Helm.

- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis*. Londra: Calder Boyars.
- Irons, R., Schneider, J.P. (1997). „Addictive sexual disorders”. În N.S. Miller (ed.), *Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*, 441-457. Philadelphia: Saunders.
- Jack, M.M. (1999). „The use of hypnosis for a patient with chronic pain”. *Contemporary Hypnosis*, 16(4), 231-237.
- Jacobs, E., Pelier, E., Larkin, D. (1998). „Ericksonian hypnosis and approaches with pediatric hematology oncology patients”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(2), 139-154.
- Jaffe, D.T., Bresler, D.E. (1980). „The use of guided imagery as an adjunct to medical diagnosis and treatment”. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(4), 45-59.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. New York: Macmillan.
- Janov, A. (1973). *The Primal Scream*. Londra: Sphere.
- Jencks, B. (1984). „Using the patient's breathing rhythm”. În W.C. Wester, A.H. Smith (ed.), *Clinical hypnosis: A Multidisciplinary Approach*, 29-41. Philadelphia: Lippincott.
- Jenkins, M.W., Pritchard, M.H. (1993). „Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour”. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
- Johnson, J.H. (1986). *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Johnson, V.C., Walker, L.G., Heys, S.D., Whiting, P.H., Eremin, O. (1996). „Can relaxation training and hypnotherapy modify the immune response to stress, and is hypnotizability relevant?”. *Contemporary Hypnosis*, 13(2), 100-108.
- Jung, C. (1902/1957). *Psychiatric Studies*, vol. I. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. (1943/1966). *The synthetic or constructive method* (R. Hull, *The Collected Works of Jung*, vol. 7). New York: Pantheon Books.
- Jung, C. (1954). „The Practical Use of Dream Analysis”. În H. Read, M. Fordham, G. Adler (ed.), *Jung, Carl G.: Collected Works*, vol. 16, 149. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C.G. (1969). „A review of the complex theory”. *Collected Works: The structure and dynamics of the psyche*, vol. 8. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., Lazarus, R.S. (1981). „Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events”. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.

- Kaplan, H.S. (1974). *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1988). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*, ed. a II-a. New York: Brunner-Routledge.
- Kaplan, H.S. (1995). *Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karle, H., Boys, J.H. (1987). *Hypnotherapy: A Practical Handbook*. Londra: Free Association Books.
- Karle, H.W.A. (1988). „Hypnosis in the management of tinnitus”. În M. Heap (ed.), *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra: Croom-Helm.
- Katz, E.R., Kellerman, J., Ellenberg, L. (1987). „Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer”. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(3), 379-394.
- Katz, N.W. (1979). „Comparative efficacy of behavioural training, training plus relaxation, and sleep/trance hypnotic induction in increasing hypnotic susceptibility”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 119-127.
- Kaufer, D., Friedman, A., Seidman, S., Soreq, H. (1998). „Acute stress facilitates long-lasting changes in cholinergic gene expression”. *Nature*, 393, 373-377.
- Keane, T.M. (1998). „Psychological and behavioral treatment of posttraumatic stress disorder”. În P. Nathan, J. Gorman (ed.), *Treatments that Work*. Oxford, Marea Britanie: Oxford University Press.
- Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberger, L., Dash, J. (1983). „Adolescents with cancer: Hypnosis for the reduction of acute pain and anxiety associated with medical procedures”. *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 76-81.
- Kennerley, H. (1996). „Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma”. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 325-340.
- Kessler, R. (1999). „The consequences of individual differences in preparation for surgery and invasive medical procedures”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 40-53.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey”. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1986). „Psychological influences on immunity”. *Psychosomatics*, 27, 621-624.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1992). „Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity?”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 569-575.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P., Atkinson, C., Glaser, R. (2001). „Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 674-682.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. (1993). „Posttraumatic stress disorder associated with criminal victimization in clinical and community populations”. In J.R.T. Davidson, E.B. Foa (ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, 113-143. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- King, A.C., Blair, S.N., Bild, D.E. (1992). „Determinants of physical activity and intervention in adults”. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24, S221-S237.
- Kingsbury, S.J. (1993). „Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(3), 161-169.
- Kirsch, I., Lynn, S.J. (1995). „The altered state of hypnosis: changes in the theoretical landscape”. *American Psychologist*, 50(10), 846-858.
- Kirsch, I., Montgomery, G.H., Sapirstein, A. (1995). „Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis”. *Journal of Consulting, Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kissen, D.M. (1966). „The significance of personality in lung cancer in men”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 820-826.
- Kissen, D.M. (1967). „Psychosocial factors, personality, and lung cancer in men aged 55-64”. *British Journal of Medical Psychology*, 40, 69.
- Kissen, D.M., Brown, R.I.F., Kissen, M.A. (1969). „A further report on personality and psychological factors in lung cancer”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.
- Kleinhauz, M., Beran, B. (1981). „Misuses of hypnosis: A medical emergency and its treatment”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 148-161.
- Kleinplatz, P. (ed.). (2001). *New directions in Sex Therapy: Innovations and Alternatives*. Florence, KY: Brunner-Routledge.
- Kluft, R.P. (1988). „On treating the older patient with multiple personality disorder: «Race against time» or «Make haste slowly»”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 257-266.
- Koblentz, C. (1988). „Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology”. *Stress Medicine*, 4, 21-26.

- Kohen, D., Olness, K., Colwell, S., Heimel, A. (1984). „The use of relaxation-mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioral encounters”. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 5, 21-25.
- Kohen, D.P., Mahowald, M.W., Rosen, G.M. (1992). „Sleep-terror disorder in children: the role of self-hypnosis in management”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 433-244.
- Kopp, R.R. (1995). *Metaphor Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kroger, W.S. (1952). „Natural childbirth: Is the Reid method of «natural childbirth» waking hypnosis?”. *Medical Times*, 80, 152.
- Kroger, W.S. (1977). *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry and Psychology*. Philadelphia: Lippincott.
- Kuttner, L. (1986). *No Fears, No Tears: Children with Cancer Coping with Pain* [ghid video]. Vancouver: Canadian Cancer Society.
- Laing, R.D. (1983). *The Voice of Experience*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Lake, F. (1981). *Tight Corners in Pastoral Counselling*. Londra: Darton, Longman and Todd Ltd.
- Lamb, M.E. (1994). „The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement”. *Child Abuse and Neglect*, 18(12), 1021-1028.
- Lambert, M.J. (1992). „Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists”. In J.C. Norcross, M.R. Goldfried (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, 94-129. New York: Basic Books.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. (1994). „The effectiveness of psychotherapy”. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. a IV-a, 143-189. New York: Wiley.
- Lambert, S.A. (1996). „The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children”. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 17(5), 307-310.
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J. (2000). „Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised clinical trial”. *Lancet*, 355(9214), 1486-1490.
- Lankton, S. (1980). *Practical Magic*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Lankton, S., Lankton, C. (1987). *Enchantment and Intervention*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1983). *The Answer Within: A Clinical Framework for Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1986). *Enchantment and Intervention in Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Laszlo, J. (1983). *Antiemetics and Cancer Chemotherapy*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Laudenslager, M.L., Ryan, S.M., Drugan, R.C., Hysen, R.L., Maier, S.F. (1983). „Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation”. *Science*, 221, 568-570.
- Lazarus, R.S. (1975). „A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback”. *American Psychologist*, 30, 553-561.
- Lazarus, R.S., Cohen, F. (1973). „Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery”. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.
- Lazarus, R.S., Cohen, F. (1977). „Environmental stress”. În L. Altman, J.F. Wohlwill (ed.), *Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research*, vol. 2, 89-127. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987). „Transactional theory and research on emotions and coping”. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
- LeCron, L. (1954). „A hypnotic technique for uncovering unconscious material”. *Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 2, 76-79.
- Leiblum, S.R., Rosen, G.M. (2000). *Principles and Practice of Sex Therapy*, ed. a III-a. New York: Guilford Press.
- LeShan, L.L. (1977). *You Can Fight for Your Life*. New York: M. Evans & Company.
- Leskin, G.A., Kaloupek, D.G., Keane, T.M. (1998). „Treatment for traumatic memories: Review and recommendations”. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 983-1002.
- Levenson, H., Butler, S.F. (1994). „Brief dynamic individual psychotherapy”. În R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a, 1009-1033. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Levine, P. (1991). „The body as healer: A revisioning of trauma and anxiety”. În M. Sheets-Johnstone (ed.), *Giving the Body its Due*, 85-108. Stonybrook, NY: State University of New York Press.
- Levine, P. (1994). *Encountering the Tiger: How the Body Heals Trauma*. Lyons, CO: Ergo Institute Press.
- Levit, H.I. (1971). „Marital crisis intervention: Hypnosis in impotence-frigidity cases”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14(1), 56-60.
- Lichtenstein, E., Weiss, S.M., Hitchcock, J.L. (1986). „Task force 3: Patterns of smoking relapse”. *Heath Psychology*, 5, supliment, 29-40.
- Lioffi, C., Hatira, P. (1999). „Clinical hypnosis versus cognitive behavior training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 104-116.

- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. Londra: Coventure Ltd.
- Luborsky, L. (1995). „Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that «Everyone has won so all shall have prizes»?”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, R., Alexander, L., Margolis, M., Cohen, M. (1983). „Two helping alliance methods of predicting outcomes of psychotherapy”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Luthe, W. (ed.). (1969). *Autogenic Therapy*, vol. 1: W. Luthe, J.H. Schultz, *Autogenic Methods*. New York: Grune & Stratton.
- Lynn, S., Hallquist, M.N. (2004). „Toward a scientifically based understanding of Milton H. Erickson's strategies and tactics: Hypnosis, response sets and common factors in psychotherapy”. *Contemporary Hypnosis*, 21(2), 63-78.
- Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W., Matorin, A. (1994). „Hypnosis and smoking cessation: A cognitive behavioural treatment”. În S.J. Lynn, J.W. Rhue, I. Kirsch (ed.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mackinnon, C. (1998). „Working with adult survivors of child sexual abuse”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4(4), 190-195.
- Madanes, C. (2001). *The therapist as humanist, social activist, and systemic thinker*, lucrare prezentată la The 8th International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, Phoenix, SUA.
- Maddi, S., Kobasa, S.G. (1984). *The Hardy Executive, Health Under Stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Mair, M. (1989). *Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience*. Londra: Routledge.
- Mairs, D.A.E. (1995). „Hypnosis and pain in childbirth”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 111-118.
- Malan, D. (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Malarkey, W., Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P. (2001). „Behavior: The endocrine-immune interface and health outcomes”. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 22, 104-115.
- Mantle, F. (2001). „Hypnosis in the management of eczema in children”. *Nursing Standard*, 15(51), 41-44.
- Margolis, C.G., DeClement, F.A. (1980). „Hypnosis in the treatment of burns”. *Burns*, 6, 253-254.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

- Maslow, A.H. (1973). *The Further Reaches of Human Nature*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Massarini, M., Rovetto, F., Tagliaferri, C. (2005). „Preoperative hypnosis: A controlled study to assess the effects on anxiety and pain in the postoperative period”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 8-15.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., Kolodny, R.C. (1995). *Human Sexuality*. New York: Longman.
- Matthews, M., Flatt, S. (1999). „The efficacy of hypnotherapy in the treatment of migraine”. *Nursing Standard*, 14(7), 33-36.
- McCary, J.L., McCary, S.P. (1982). *McCary's Human Sexuality*. Belmont, CA: Wadsworth.
- McCrone, J. (1999). *Going Inside: A Tour Round a Single Moment of Consciousness*. Londra: Faber & Faber.
- McDaniel, J.S., Moran, M.G., Levenson, J.L., Stoudemire, A. (1994). „Psychological factors affecting medical conditions”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, vol. 2. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McDermott, D., Snyder, C.R. (1999). *Making Hope Happen*. Oakland, San Francisco: New Harbinger Press.
- McGrath, P.A. (1990). *Pain in Children: Nature, Assessment and Treatment*. Londra: Guilford Press.
- McLoed, J. (1994). *Doing Counselling Research*. Londra: Sage.
- McNally, R.J. (2004). *Remembering Trauma*. Cambridge, MA: Belknap Press/Harvard University Press.
- McNeal, S., Frederick, C. (1993). „Inner strength and other techniques for ego-strengthening”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 170-178.
- Medd, D.Y. (2001). „Fear of injections: the value of hypnosis in facilitating clinical treatment”. *Contemporary Hypnosis*, 18(2), 100-106.
- Meichenbaum, D. (1995). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder*. Waterloo, Canada: Institute Press.
- Melzack, R. (1975). „The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods”. *Pain*, 1, 277-299.
- Meyer, T.J., Mark, M.M. (1995). „Effects of psychological interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments”. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Michaud, C., Kahn, J.P., Musse, N. (1990). „Relationships between a critical life event and eating behaviour in high school students”. *Stress Medicine*, 6, 57-64.

- Miller, A. (1986). „Hypnotherapy in a case of dissociated incest”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 13-28.
- Mills, J.C., Crowley, R.J. (1986). *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within*. New York: Brunner/Mazel.
- Milne, G. (1985). „Hypnotherapy for essential hypertension”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 113-116.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2002). „The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis”. *Anesthesia & Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1984). „The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach”. In R.H. Moos (ed.), *Coping with Physical Illness: New Perspectives*, vol. 2, 3-35. New York: Plenum.
- Moos, R.H., Swindle, R.W. (1990). „Stressful life circumstances: Concepts and measures”. *Stress Medicine*, 6, 171-178.
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama*, vol. 1. New York: Beacon House Inc.
- Morgan, A.H., Hilgard, J.R. (1978a). „Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 134-147.
- Morgan, A.H., Hilgard, J.R. (1978b). „Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 148-168.
- Morgan, M., McCreedy, R., Simpson, J., Hay, R.J. (1997). „Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases”. *British Journal of Dermatology*, 133, 202-206.
- Morimoto, R. (2001). *Stress induced gene expression*. Disponibil online la www.grc.uri.edu/programs/2001/stress.htm.
- Morton, J., Andrew, B., Bekerian, D., Brewin, C.R., Davies, G.M., Mollon, P. (1995). *Recovered Memories*. Leicester: British Psychological Society.
- Murcott, T. (2005). *The Whole Story*. Basingstoke, Marea Britanie: Macmillan.
- Nath, S., Warren, J. (1995). „Hypnosis and examination stress in adolescence”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 119-124.
- Nestoros, J.N., Vasdekis, V.G.S., Patakou-Parassiri, V., Sfakianakis, G. (1998). „Hypnosis in Greece”. In P.J. Hawkins, M. Heap (ed.), *Hypnosis in Europe*. Londra: Whurr Publishers Ltd.
- Neylan, M.D., Reynolds, C.E., Kupfer, D.J. (1994). „Sleep disorders”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a, 833-855. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Nichols, M.P., Zax, M. (1977). *Catharsis in Psychotherapy*. New York: Gardner Press.

- O'Leary, E. (1993). „Empathy in the person centred and gestalt approaches”. *British Gestalt Journal*, 2, 111-115.
- O'Leary, E., Murphy, M. (ed.). (2006). *New Approaches To Integration in Psychotherapy*. Londra: Brunner-Routledge.
- Oakley, D., Alden, P. Degun-Mather, M. (1996). „The use of hypnosis in therapy with adults”. *The Psychologist*, 9(11), 502-505.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology*, ed. a II-a. Buckingham: Open University Press.
- Olness, K., Kohen, D. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, ed. a III-a. New York: Guilford Press.
- Olness, K.N., Gardner, G.C. (1988). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. Londra: Grune & Stratton.
- Oster, M.I., Sauer, C.P. (2000). „Hypnotic methods for preparing for childbirth”. În L.M. Hornyak, J.P. Green (ed.), *Healing from Within: The Use of Hypnosis in Women's Health Care*, 161-190. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pachter, H. (1961). *Paracelsus: Magic into Science*. New York: Collier Books.
- Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Parient, J., White, P., Frackowiak, R.S.J., Lewith, G. (2005). „Expectancy and belief modulate the neuronal substrates of pain treated by acupuncture”. *NeuroImage*, 25(4), 1161-1167.
- Patterson, D.R. (2004). „Treating pain with hypnosis”. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (6), 252-255.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L., Marvin, J.A. (1992). „Hypnosis for treatment of burn pain”. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 713-717.
- Pederson, L., Scrimjeour, W., Lefcoe, N. (1975). „Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program”. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 43, 920.
- Pekala, R.J. (1995a). „A short, unobtrusive hypnotic procedure for assessing hypnotizability level: 1. Development and research”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 271-283.
- Pekala, R.J. (1995b). „A short unobtrusive hypnotic induction for assessing hypnotizability: 11. Clinical case reports”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 284-293.
- Perkins, K.A., Grobe, J.E., Stiller, R.L., Fonte, C., Goettler, J.E. (1992). „Nasal spray nicotine replacement suppresses cigarette smoking desire and behavior”. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52, 627-634.

- Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Dell Publishing.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Perry, C., Gelfand, R., Marcovitch, P. (1979). „The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context”. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 598-603.
- Perry, C., Mullin, G. (1975). „The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique”. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 498-505.
- Pertot, S. (2005). *Perfectly Normal: A Woman's Guide To Living With Low Libido*. New York: Rodale.
- Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W. (1998). „The immunological effects of thought suppression”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D., Mathew, V.M. (2005). „Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 2-7.
- Phillips, M. (1993). „The use of ego-state therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 241-249.
- Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-traumatic and Dissociative Conditions*. New York/Londra: W.W. Norton & Company.
- Pierce, R.A., Nichols, M.P., DuBrin, J.R. (1983). *Emotional Expression in Psychotherapy*. New York: Gardner Press Inc.
- Pietrofesa, J.J., Hoffman, A., Splete, H.H. (1984). *Counseling: An introduction*, ed. a II-a. Boston: Houghton Mifflin.
- Pirsig, R. (1974). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. Londra: Bodley Head.
- Poncelet, N.M. (1990). „An Ericksonian approach to childbirth”. În D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 382-386. New York: W.W. Norton & Company.
- Price, M.I., Mottahedin, I., Mayo, P.R. (1991). „Can hypnotherapy help patients with psoriasis?”. *Clinical and Experimental Dermatology*, 16, 114-117.
- Progoff, I. (1977). *The Well and the Cathedral*, ed. a II-a. New York: Dialogue House Library.
- Progoff, I. (1982). *At a Journal Workshop: The Basic Text and Guide for Using the Intensive Journal Process*. New York: Dialogue House Library.

- Putman, F.W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York : Guilford.
- Pynooos, R.S., Goenjian, A.K., Tashjian, M., Karakashian, M., Maniikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A., Fairbanks, L.A. (1993). „Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake”. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Reason, P. (1994). „Three approaches to participative inquiry”. In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (ed.), *Handbook of Qualitative Research*, 324-339. Thousand Oaks : Sage.
- Reason, P. (2000). *Action research as spiritual practice*. University of Surrey, Learning Community Conference, 4-5 mai. Disponibil online la www.bath.ac.uk/lnnspwr/Thoughtpieces/ARspiritualpractice.htm.
- Reason, P. (2002). „Justice, Sustainability, and Participation”. *Concepts and Transformations*, 7(1), 7-29.
- Reason, P. (ed.). (1988). *Human Inquiry in Action : Developments in New Paradigm Research*. Londra : Sage.
- Reason, P., Bradbury, H. (2001). „Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration”. In P. Reason, H. Bradbury (ed.), *Handbook of Action Research, Participative Inquiry & Practice*, 1-14. Londra : Sage.
- Reason, P., Bradbury, H. (ed.). (2001). *Handbook of Action Research, Participative Inquiry & Practice*. Londra : Sage.
- Reason, P., Heron, J. (1995). „Co-operative inquiry”. In R. Harre, J. Smith, L. Van Langenhove (ed.), *Rethinking Methods in Psychology*, 122-142. Londra : Sage.
- Reason, P., Heron, J. (1996). *A Layperson's Guide to Cooperative Inquiry*. Centre for Action Research in Professional Practice, University of Bath. Disponibil online la <http://www.bath.ac.uk/carpp/LAYGUIDE.htm>.
- Reason, P., Rowan, J. (ed.). (1981). *Human Inquiry : A Sourcebook of New Paradigm Research*. Chichester, Marea Britanie : John Wiley & Sons.
- Reich, W. (1961). *The Function of the Orgasm*. New York : Farrar, Straus & Giroux.
- Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear*. New York : Farrar, Straus.
- Rennie, D.L., Toukmanian, S.G. (1992). „Explanation in psychotherapy process research”. In S.G. Toukmanian, D.L. Rennie (ed.), *Psychotherapy Process Research*, 234-251. Londra : Sage.
- Reps, P.C. (1971). *Zen flesh, Zen bones*. Londra : Penguin Books.
- Ribeiro, S., Goyal, V., Mello, C., Pavlides, C. (1999). „Brain gene expression during REM sleep depends on prior waking experience”. *Learning & Memory*, 6, 500-508.
- Rice, L.N., Greenberg, L.S. (ed.). (1984). *Patterns of Change*. New York : Guilford Press.
- Roberts, L.M. (2005). „Trial design in hypnotherapy : Does the RCT have a place ?”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 16-19.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Londra : Constable.
- Rogers, C. (1971). *Freedom To Learn*. Columbus, OH : Charles Merrill.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rose, S. (2005). *The 21st Century Brain : Explaining, Mending and Manipulating the Mind*. Londra : Jonathan Cape.
- Rossi, E. (1972). *Dreams and the Growth of Personality : Expanding Awareness in Psychotherapy*. New York : Pergamon.
- Rossi, E. (1982). „Hypnosis and ultradian cycles : A new state(s) theory of hypnosis ?”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 21-32.
- Rossi, E. (1986/1993). *The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*, ed. rev. New York : W.W. Norton & Company.
- Rossi, E. (1990). „From mind to molecule : More than a metaphor”. In J. Zeig, S. Gilligan (ed.), *Brief therapy : Myths, Methods and Metaphors*. New York : Brunner/Mazel.
- Rossi, E. (1995a). „The essence of therapeutic suggestion : Part One. The basic accessing question and ultradian dynamics in single session psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(3), 6-17.
- Rossi, E. (1995b). „The essence of therapeutic suggestion : Part Two. Ultradian dynamics of the creative process in psychotherapy”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(4), 4-16.
- Rossi, E. (1997). „The symptom path to enlightenment : The psychobiology of Jung's constructive method”. *Psychological Perspectives*, 36, 68-84.
- Rossi, E. (2000). „In search of a deep psychobiology of hypnosis : Visionary hypotheses for a New Millenium”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3/4), 178-207.
- Rossi, E. (2003). „Gene expression, neurogenesis, and healing : psychosocial genomics of therapeutic hypnosis”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 197-216.
- Rossi, E. (2003). *A dream series reflecting stroke rehabilitation via activity-dependent gene expression and neurogenesis*. Disponibil online la www.ernestrossi.com.

- Rossi, E., Cheek, D.B. (1988). *Mind - Body Therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Rossi, E., Lippencott, B., Bessette, A. (1994). „The chronobiology of mind-body healing: Ultradian dynamics in hypnotherapy. Part 1”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(1), 10-20.
- Rossi, E., Lippencott, B., Bessette, A. (1995). „The chronobiology of mind-body healing: Ultradian dynamics in hypnotherapy. Part 2”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 2(2), 6-14.
- Rossi, E., Nimmons, D. (1991). *The Twenty Minute Break: The Ultradian Healing Response*. New York: Zeig, Tucker, Theisen.
- Rossi, E.L. (1996). *The Symptom Path to Enlightenment*. Palisades, CA: Palisades Gateway.
- Rossi, E.L. (2002). *The Psychobiology of Gene Expression*. New York/Londra: W.W. Norton & Company.
- Ruzyla-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (1995). „Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 71-79.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A. (1996). „Evidence-based medicine: What it is and what it isn't?”. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Salmon, P. (1983). „A personal approach to teaching psychology”. In D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy*. Londra: Routledge, Kegan Paul.
- Samad, T., Moore, K., Sapirstein, A., Billet, S., Allchorne, A., Poole, S., Bonventre, J., Woolfe, C. (2001). „Interleukin-1-mediated induction of Cox-2 in the CNS contributes to inflammatory pain hypersensitivity”. *Nature*, 410, 471-475.
- Schaefer, C. (1995). *Clinical Handbook of Sleep Disorders in Children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schafer, D.W. (1997). „Hypnosis and the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 111-117.
- Scheff, T. (1979). *Catharsis in Healing, Ritual, and Drama*, University of California Press.
- Schmale, A.H., Iker, H. (1966). „The psychological setting of uterine cervical cancer”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 807-813.
- Schneck, J.M. (1970). „The psychotherapeutic use of hypnosis: case illustrations of direct hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 15-24.

- Schneider, J.P., Irons, R. (1998). „Addictive sexual disorders: differential diagnosis and treatment”. *Primary Psychiatry*, aprile.
- Schultz, J.H., Luthe, W. (ed.). (1969-1973). *Autogenic Therapy*, vol. 1-6. New York: Grune & Stratton.
- Schutz, J. (1998). „Preparation for surgery using hypnosis”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(1), 49-56.
- Schwartz, B. (2005). *The Paradox of Choice: Why More Is Less*. New York: HarperCollins.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, Procedures*. New York: Guilford.
- Shenefelt, P.D. (2000). „Hypnosis in dermatology”. *Archives of Dermatology*, 136(3), 393-399.
- Shenefelt, P.D. (2003a). „Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind?”. *Dermatologic Therapy*, 16, 114-122.
- Shenefelt, P.D. (2003b). „Hypnosis-facilitated relaxation using self-guided imagery during dermatologic procedures”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 225-232.
- Shone, R. (1994). „From Epidaurus' temples to Ericksonian therapists”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 1(4), 46-50.
- Siegel, M., Brisman, J., Weinshel, M. (1997). *Surviving an Eating Disorder: New Perspectives and Strategies for Family and Friends*. New York: HarperCollins.
- Siegfried, J., Bourdeau, H., Davis, A., Luketich, J., Shriver, S. (2000). „Expression of gastric-releasing peptide receptor, but not neuromedin B receptor, is related to sex, smoking history, and risk for lung cancer”. *Proceedings of the American Association of Cancer Research*, 41, 147.
- Sifneos, P.E. (1979). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J. (1978). *Getting Well Again*. Los Angeles: J.P. Tarcher Inc.
- Simren, M., Ringstrom, G., Bjornsson, E., Abrahamsson, H. (2004). „Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome”. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 233-238.
- Singer, J. (1973). *Boundaries of the Soul: The Practice of Jung's Psychology*. New York: Anchor Press.

- Singer, J.L. (1974). *Imagery and Daydream Methods in Psychotherapy and Behavior Modification*. New York: Academic Press.
- Smith, J.A., Jarman, M., Osborn, M. (1999). „Doing interpretive phenomenological analysis”. In M. Murray, K.A. Chamberlain (ed.), *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*, 218-240. Londra: Sage.
- Snyder, C.R., McDermott, D., Cook, W., Rapoff, M. (1997). *Hope for journeys: Giving children stories to grow on*. Boulder, CO: Westview/HarperCollins.
- Snyder, C.R., Taylor, J.D. (2000). „Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the «Dodo's Verdict»”. In C.R. Snyder (ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*, 89-108. San Diego, CA: Academic Press.
- Sokel, B., Lansdown, R., Atherton, D.J., Glover, M., Knibbs, J.A. (1993). „A comparison of hypnotherapy and biofeedback in the treatment of childhood atopic eczema”. *Contemporary Hypnosis*, 10(3), 145-154.
- Solloway, K. (2004a). „Where is the evidence? Hypnotherapy research index 2003-2004”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(4), 56-58.
- Solloway, K. (2004b). „Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency?”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(5), 44-56.
- Solloway, K. (2005). „Irritable bowel syndrome (IBS) and other functional gastrointestinal (GI) disorders”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 31-36.
- Solms, M. (2004). „Freud Returns”. *Scientific American*, 290(5), 57-63.
- Spiegel, D. (1994). „Dissociative Disorders”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Spiegel, D. (1994). „Hypnosis”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Spiegel, D. (1996). „Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder”. In S.J. Lynn, I. Kirsch, J.W. Rhue (ed.), *Casebook of Clinical Hypnosis*, 99-112. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kramer, H.C., Gottheil, E. (1989). „Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer”. *Lancet*, 2(8668), 888-891.
- Spiegel, H., Greenleaf, M., Spiegel, D. (2000). „Hypnosis”. In B. Sadock, V. Sadock (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, vol. 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spiegel, H., Spiegel, D. (1978/2004). *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stamenkovic, I. (2003). „Extracellular matrix remodelling: the role of matrix metalloproteinases”. *Journal of Pathology*, 200(4), 448-464.
- Stanton, H.E. (1979). „Increasing internal control through hypnotic ego-enhancement”. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7, 219-223.
- Stanton, H.E. (1989). „Ego-enhancement: A five-step approach”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 192-198.
- Stanton, H.E. (1991). „The Reduction in Secretarial Stress”. *Contemporary Hypnosis*, 8(1), 45-50.
- Stein, C. (1963). „The clenched fist technique as a hypnotic procedure in clinical psychotherapy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 113-119.
- Steptoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). „Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 19 aprilie, 10.1073/0409174102.
- Stevenson, C., Cooper, N. (1997). „Qualitative and quantitative research”. *The Psychologist*, 10(4), 159-160.
- Stewart, A.C., Thomas, S.E. (1995). „Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children”. *British Journal of Dermatology*, 132, 778-783.
- Stone, A.A., Cox, D.S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., Neale, J.M. (1987). „Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 988-993.
- Stoney, C.M., Mathews, K.A., McDonald, R.H., Johnson, C.A. (1990). „Sex differences in acute stress response: Lipid, lipoprotein, cardiovascular and neuroendocrine adjustments”. *Psychophysiology*, 12, 52-61.
- Stores, G. (1996). „Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 907-925.
- Strain, J.J., Newcorn, J., Wolf, D., Fulop, G. (1994). „Adjustment Disorder”. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott (ed.), *Textbook of Psychiatry*, ed. a II-a. Washington, DC.
- Strupp, H.H. (1983). *Psychotherapy: Clinical, Research and Theoretical Issues*. New York: Jason Aronson.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in A New Key: A Guide To Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books Inc.

- Switz, D.M. (1976). „What the gastroenterologist does all day?”. *Gastroenterology*, 70, 1048-1050.
- Syrjala, K., Cummings, C., Donaldson, G. (1992). „Hypnosis or cognitive behavioural training for a reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial”. *Pain*, 48, 137-146.
- Tasini, M.F., Hackett, T.P. (1977). „Hypnosis in the treatment of warts in immunodeficient children”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 152-154.
- Tausk, F., Whitmore, S.E. (1999). „A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis”. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 68(4), 221-225.
- The British Psychological Society. (1995). *Report on Recovered Memories*.
- Thompson, W., Shapiro, J. (1996). *Alopecia Areata: Understanding and Coping With Hair Loss*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Thomson, L. (2005). *Harry the Hypno-Potamus: Metaphorical Tales for Pediatric Problems*. Bancyefelin: Carmathenshire: Crown House Publishing.
- Tibia, J., Balogh, I., Meszaros, I. (1980). „Hypnotherapy during pregnancy, delivery, and childbirth”. In I. Pajntar, I. Roskav, A. Lavnic (ed.), *Hypnosis, Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 39-56. Liubliana: University Press.
- Toon, K., Fraise, J., McPetridge, M., Alwin, N. (1996). „Memory or mirage? The FMS debate”. *The Psychologist*, 9(2), 73-77.
- Treacher, A. (1983). „On the utility or otherwise of psychotherapy research”. In D. Pilgrim (ed.), *Psychology and Psychotherapy: Current Trends and Issues*. Londra: Routledge.
- Truax, C.B., Carkhuff, R.R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. New York: Aldine.
- Tsuji, Y., Kobayashi, T. (1988). „Short and long ultradian EEG components in day-time arousal”. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 70, 110-117.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.
- Van der Hart, O., Brown, P. (1992). „Abreaction re-evaluated”. *Dissociation*, 5(3), 127-140.
- Varni, J.W., Thompson, K.L., Hanson, V. (1987). „The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire: 1. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis”. *Pain*, 28, 27-38.
- Verny, T. (1982). *The Secret Life of the Unborn Child*. Londra: Sphere.

- Vingoe, F.J. (1993). „Anxiety and pain”. In H.B. Gibson (ed.), *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londra: Chapman & Hall.
- Violanti, J., Marshall, J., Howe, B. (1983). „Police occupational demands, psychological distress and the coping function of alcohol”. *Journal of Occupational Medicine*, 25, 455-458.
- von Wietersheim, J., Kohler, T., Feiereis, H. (1992). „Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease”. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 58, 103-112.
- Walker, L., Eremin, O. (1995). „Psychoneuroimmunology: a new fad or the fifth cancer treatment modality?”. *American Journal of Cancer*, 170, 2-4.
- Walker, L.G. (1992). „Hypnosis with cancer patients”. *American Journal of Preventative Psychiatry & Neurology*, 3(3, toamna).
- Walker, L.G. (1998). „Hypnosis and cancer: Host defences, quality of life and survival”. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 34-38.
- Walker, L.G. (2004). „Hypnotherapeutic insights and interventions: A cancer odyssey”. *Contemporary Hypnosis*, 21(1).
- Walker, L.G., Dawson, A.A., Lolley, J., Ratcliffe, M.A. (1988b). „Sick to death of it: some psychological aspects of chemotherapy side effects”. *Aberdeen Postgraduate Medical Bulletin*, 22, 11-17.
- Walker, L.G., Dawson, A.A., Pollet, S.M., Ratcliffe, M.A., Hamilton, L. (1988a). „Hypnotherapy for chemotherapy side effects”. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5(2), 79-82.
- Walker, L.G., Heys, S.D., Walker, M.B., Ogston, I.D., Hutcheon, A.W., Starker, T.K., Ah-See, A.K., Eremin, O. (1999). „Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer”. *European Journal of Cancer*, 35(13), 1783-1788.
- Walker, L.G., Johnson, V.C., Eremin, O. (1993). „Modulation of the immune response to stress by hypnosis and relaxation training in healthy volunteers: a critical review”. *Contemporary Hypnosis*, 10, 19-27.
- Wall, V.J., Womack, W. (1989). „Hypnotic versus cognitive strategies for alleviation of procedural distress in pediatric oncology patients”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 181-191.
- Watkins, H. H. (1990). „Watkins' silent abreaction technique”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: W.W. Norton & Company.
- Watkins, H., Watkins, J. (1979). „The theory and practice of ego state therapy”. In H. Grayson (ed.), *Short Term Approaches To Psychotherapy*.

New York : National Institute for the Psychotherapies & Human Sciences Press.

Watkins, H.H. (1980). „The silent abreaction”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(2), 101-113.

Watkins, H.H. (1990). „Suggestions for Raising Self-Esteem”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York : W.W. Norton & Company.

Watkins, H.H. (1993). „Ego state therapy : An overview”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 232-240, www.clinicalsocialwork.com.

Watkins, J.G. (1971). „The affect bridge : A hypnoanalytical technique”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Watkins, J.G. (1978). *The Therapeutic Self*. New York : Human Sciences Press.

Watkins, J.G. (1990). „Watkins' affect or somatic bridge”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 523-534. New York : W.W. Norton & Company.

Watkins, J.G. (1992). *The Practice of Clinical Hypnosis*, vol. II : *Hypnoanalytic Techniques*. New York : Irvington.

Watkins, J.G. (1995). „Hypnotic abreactions in the recovery of traumatic memories”. *International Society for the Study of Dissociations*, 13(6), 1-6.

Watkins, J.G., Johnson, R.J. (1982). *We the Divided Self*. New York : Irvington.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1986). „Hypnosis, multiple personality and ego states as altered states of consciousness”. In B.B. Wolman, M. Ullman (ed.), *Handbook of States of Consciousness*. New York : Van Nostrand.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1990). „Dissociation and displacement : Where goes the «ouch» ?”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(1), 1-10.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1993). „Accessing the relevant areas of maladaptive personality functioning”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 277-284.

Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). *Ego-State - Theory and Therapy*. New York : W.W. Norton & Company.

Watson, J.P., Davies, T. (1997). „Psychosexual problems”. *British Medical Journal*, 315(7102).

Waxman, D. (1981). *Hypnosis : A Guide for Patients and Practitioners*. Londra : George Allen & Unwin.

Waxman, D. (1986). „Hypnosis 1788-1986 : Its history, development and status within the United Kingdom”. *Proceedings of the British Society of Medical and Dental Hypnosis*, 6, 3-8.

Weekes, V.J., Savedra, M.C. (1989). „Adolescent cancer : coping with treatment-related pain”. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(5), 318-328.

Weiss, E. (1960). *The Structure and Dynamics of the Human Mind*. New York : Grune & Stratton.

Weiss, L., Katzman, M., Wolchik, M. (1985). *Treating Bulimia*. New York : Pergamon Press.

Weitzenhoffer, A. (1957). *General Techniques of Hypnotism*. New York : Grune & Stratton.

Welch, G.W., Hillman, L.C., Pomare, E.W. (1985). „Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome : A study of reporters and non-reporters”. *British Medical Journal*, 291, 1382-1384.

Wester, W.C. (1984). „Preparing the patient”. In W.C. Wester, A.H. Smith (ed.), *Clinical Hypnosis : A Multidisciplinary Approach*. Philadelphia : Lippincott.

Wester, W.C., O'Grady, D.J. (1991). *Clinical Hypnosis With Children*. New York : Brunner/Mazel.

Wester, W.C., Smith, A.H. (ed.). (1984). *Clinical Hypnosis : A Multidisciplinary Approach*. Philadelphia : Lippincott.

Whorwell, P.J. (1991). „Use of hypnotherapy in gastrointestinal disease”. *British Journal of Hospital Medicine*, 45, 27-29.

Whorwell, P.J., Prior, A., Colgan, S.M. (1987). „Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome : Further experience”. *Gut*, 28, 423-425.

Whorwell, P.J., Prior, A., Faragher, E.B. (1984). „Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome”. *Lancet*, 2, 1232-1234.

Wiebe, D.J., McCallum, D.M. (1986). „Health practices and hardness as mediators in the stress-illness relationship”. *Health Psychology*, 5, 425-438.

Wijesinghe, B.A. (1977). „A case of frigidity treated by short-term hypnotherapy”. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 63-67.

Wild, M., Espie, C. (2004). „The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology : A systematic review”. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 207-213.

Wilkinson, J.B. (1988). „Hypnosis in the treatment of asthma”. In M. Heap (ed.), *Hypnosis : Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. Londra : Croom-Helm.

- Williams, J.M., Hall, D.W. (1988). „Use of a single session hypnosis for smoking cessation”. *Addictive Behaviors*, 13, 205-208.
- Williamson, A. (2002). „Chronic psychosomatic pain alleviated by brief therapy”. *Contemporary Hypnosis*, 19(3), 118-124.
- Williamson, A. (2004). „A case of herpetic neuralgia treated with self-hypnosis and imagery”. *Contemporary Hypnosis*, 21(3), 146-149.
- Wills, T.A. (1985). „Supportive functions of interpersonal relationships”. In S. Cohen, S.L. Syme (ed.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Wilson, J.E., Barkham, M. (1994). „A practitioner-scientist approach to psychotherapy process and outcome research”. In P. Clarkson, M. Pokorney (ed.), *The Handbook of Psychotherapy*. Londra: Routledge.
- Wilson, S. (2005). „Trial design in hypnotherapy: Does the RCT have a place?”. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 20.
- Wincze, J.P., Carey, M.B. (2001). *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Wolberg, L.R. (1964). *Hypnoanalysis*. New York: Grune & Stratton.
- Wolberg, L.R. (1980). *Handbook of Short-Term Psychotherapy*. New York: Thieme-Stratton Inc.
- Wright, M.E., Wright, B.A. (1987). *Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wybraniec, A., Oakley, D.A. (1996). „Dietary restraint, hypnotizability and body image”. *Contemporary Hypnosis*, 13, 150-155.
- Yapko, M.D. (1990a). *Trancework: An Introduction To the Practice of Clinical Hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M.D. (1990b). „Responsibility to a fault: A metaphor for over-responsibility”. In D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, 320-322. New York: W.W. Norton & Company.
- Yehuda, R., Engel, S.M., Brand, S.R., Seckl, J., Marcus, S.M., Berkowitz, G.S. (2005). „Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy”. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Disponibil online la www.jcem.endojournals.org/ [accesat la 3 mai 2005].
- Young, D. (1995). „The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders”. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 148-153.
- Yuasa, N. (1966). *The Narrow Road to the Deep North and other Travel Sketches*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Zeig, J.K. (ed.). (1980). *A Teaching Seminar With Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.

- Zeltzer, L., LeBaron, S. (1982). „Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer”. *Journal of Pediatrics*, 101(6), 1032-1035.
- Zilbergeld, B., Evans, M. (1980). „The inadequacy of Masters and Johnson”. *Psychology Today*, 14(3), 28-43.
- Zilbergeld, B., Hammond, D.C. (1988). „The use of hypnosis in treating desire problems”. In S.R. Leiblum, R.C. Rosen (ed.), *Sexual desire disorders*, 192-225. New York: Guilford.
- Zimmerman, J. (1998). „Hypnotic technique for sedation of patients during upper gastrointestinal endoscopy”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(4), 284-287.
- Zimmerman, J. (2003). „Cleaning up the river: A metaphor for functional digestive disorders”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(4), 353-359.

Index

A

- abordarea somatică experiențială, 282
- abordări cu fixarea privirii, 127-128
- abordări ideodinamice, 102, 179-194, 209, 270
 - explorare ideodinamică, 209, 231
 - răspunsuri cu ajutorul degetului, 52, 223, 231-233, 235, 241
 - stabilirea degetului „da”, 211
- semnalizare ideodinamică, 180-183, 229, 237, 254, 262, 294
- abordări psihanalitice, 180
- abreacție, 54-55, 154, 171, 173-176, 180-181, 190, 199, 201-202; vezi catharsis
- abuz sexual, 192, 200, 269
 - ~ la copii, 252
- abuzul de substanțe, 72, 269, 274, 351
- acceptare pozitivă necondiționată, 59-61
- acupunctură, 366-367
- alianță terapeutică, 33, 53, 93, 106, 119, 197, 234-235, 260, 287
- alopecie, 318
- amintiri dependente de stare, 115, 276, 278
- amintiri false, 189, 284
- amintiri recuperate, 283-285
- amintiri traumatiche, 153, 262
- amnezie, 85, 92, 131, 157, 180, 182, 247, 318
- analgezie, 92, 235, 307, 318
- analiza celor șase categorii de intervenții, 63
- analiza viselor, 194, 205-209, 256, 353
 - metoda constructivă a lui Jung, 206-207
- analiză tranzacțională, 196
- ancore, 165, 172, 189
- anestezie, 296, 325, 327
 - chirurgicală, 296
 - ~ în mânășă, 308
- anorexie nervoasă, 351, 354
- anorgasmie la femeie, 250
- anxietate, 36, 56-57, 69-70, 79, 103, 136, 146, 148, 166, 209, 220-221, 226-230, 235, 243, 251, 254, 261, 263, 269, 277, 280, 282, 293-294, 297, 300, 318, 324-326, 329-330, 343-344, 348-349, 351, 356
- examelele școlare, 227
- injecții, 324
- performanța de lucru, 226

arsuri, 324
 schimbarea pansamentului, 325
 astm, 324
 autocontrol, 58, 123-124
 autogestionare, 71, 244
 autohipnoză, 32, 58, 89, 91-92, 94, 98, 104, 112, 118, 121, 123, 134-136, 138, 146-148, 189, 245, 247, 253-255, 259, 269-270, 273, 296, 312, 314, 323, 340, 347
 autolezare, 351

B

Bernheim, 84, 86, 179, 333
 bioenergetică, 172
 biofeedback, 98, 349-350
 boala Crohn, 316-317
 Braid, 81, 83, 85, 179
 Breuer, 85, 170
 bulimie nervoasă, 152, 156, 247, 351

C

cancer, 78, 221, 291, 293-294, 296, 308, 311, 324, 327-330, 343
 aspirația de măduvă osoasă, 169, 201
 chimioterapie, 224, 308, 324, 329
 greață și vomă, 330
 capacitate hipnotică, 116-118
 hipnotizabilitate, 91-92, 116-118, 198, 244
 profilul de inducție hipnotică, 116, 119-120, 247
 Scala de Imaginație Creativă, 119, 121-124
 susceptibilitate hipnotică, 83, 117-118
 catalepsie, 85, 131, 257, 318, 334

catharsis, 54-59, 76-80, 101, 154, 165, 172-178, 181, 190, 201, 281, 360
 abreacție silențioasă, 171, 174-175
 cefalee de tensiune, 293
 cercetare
 ~ cooperativă, 12
 medicină bazată pe dovezi, 44-45
 metode calitative, 48-49
 cercetarea acțiunii, 46, 48
 Charcot, 81, 84-86
 Cheek, 104, 181-183, 187, 256
 Chestionarul Durerii McGill, 291
 co-consiliere, 36
 colită ulcerativă, 317
 comportament ideomotor, 92, 180, 191, 202
 levitația brațului, 92, 137, 210, 216, 241, 247, 334, 343, 357
 comportament ideosenzorial, 92, 124, 180, 183, 202, 257, 282
 comunicarea minte-corp, 94, 97
 condiții centrale, 59-63
 acceptare pozitivă necondiționată, 59-61
 compasiune, 35, 47, 61-62, 365
 congruență, 59-60
 empatie, 36, 47, 53, 59-60
 consiliere, 33, 35, 60, 101, 227-228, 269
 consilierul interior, 155, 156, 280
 consultații ginecologice, 220, 324
 conștientizare individuală, 366
 contract de implicare, 243
 copii, 48, 78, 116, 122, 138, 268, 272, 273, 276, 289, 291, 330-351
 amintiri din copilărie, 93, 199
 enurezis, 340-343

intimidarea la școală, 351
 povești, 338-339
 probleme de alimentație și legate de imaginea corporală, 351
 probleme de învățare, 339-340
 probleme dermatologice, 349-350
 proceduri medicale stresante, 343-345
 tulburări de somn, 345-349

D

dependență, 221, 242, 249, 257, 266-269
 alcool, 72, 80, 101
 alcoolism, 101
 fumat, 241-249
 depresie, 251, 270, 274, 276, 293, 317, 329, 345, 351
 desensibilizare, 54, 254, 258, 277
 desensibilizare sistematică, 50, 258
 deznădejde, 34, 143, 157
 dinamică ultradiană, 75
 disfuncție erectilă, 250, 254
 disfuncție orgasmică, 257
 disfuncții sexuale, 221, 249-269
 anorgasmia la femeie, 250
 aversiunea sexuală, 250
 dependența de sex virtual, 268-269
 dependența de sex, 266
 disfuncția erectilă la bărbat, 250
 dispareunie, 250
 ejacularea precoce, 250
 studiu de caz, 259-266
 tratament hipnotic, 256-269
 tulburarea de excitație sexuală la femeie, 250
 vaginism, 250

disociere, 118-119, 131, 169, 178, 181-182, 188, 190-192, 196-197, 203, 212, 214-215, 231, 241, 276-277, 283
 gestionarea ~, 188, 191
 distanțare emoțională, 182
 distorsiune temporală, 305
 durere, 16, 38, 66, 75, 78-79, 103, 111, 118, 126, 156, 174, 195, 198, 221, 235, 247, 250-251, 255, 286-311, 313, 317, 325-326, 329, 343-345
 cefalee de tensiune, 293
 ~ cronică, 221, 294, 296
 ~ de spate, 294, 311
 ~ din membre-fantomă, 296
 dismenoree, 293
 evaluarea ~, 291-294
 gestionarea ~, 156, 235, 247, 287, 291-311, 313, 343-344
 scala analogică vizuală (VAS), 109, 195, 210, 212, 287, 291, 299, 304, 325
 dureri de cap, 66, 198, 221-222, 291, 311-312

E

echipă multidisciplinară, 291
 eczeme, 318, 349-350
 ejaculare precoce, 251
 Elliotson, 81-82
 empatie, 36, 47, 53, 59-60
 enurezis, 340-343
 epistemologie, 47
 Erickson, 21, 58, 62, 81-82, 87-89, 93-96, 125, 130-131, 134, 137-138, 157, 182, 208, 219, 233, 253, 332, 341, 353
 Esdaile, 82

exercițiu fizic, 72, 74, 76, 87, 101,
244-246, 358
experiențe de reeducare, 279
experiențe de separare, 77
expresie genetică, 74, 98-99, 209, 242

F

factori curativi comuni
alianță terapeutică, 33, 53, 93,
106, 119, 197, 234-235, 260,
287
catharsis, 55
~ în psihoterapie, 43, 50-51, 82,
367
ritual, 51-52, 86, 98
fantezie ghidată de grup, 352
finalizarea terapiei, 142, 166, 315
fobii, 152, 227, 230, 276
~ de dentist, 234-240
~ de lift, 230-234
Freud, 55, 79, 81, 85-87, 169-170,
205-206, 283
fumat, 70, 72, 80, 101, 241-249, 357
renunțarea la ~, 241-249

G

genomică psihosocială, 74
gestionarea stresului, 56, 94, 99-
101, 103-104, 145, 147, 160,
209, 227, 254, 261, 266, 329,
353, 355
gestionarea timpului, 227-228

H

hărțuiri zilnice, 144
Scala de Hărțuială Zilnică, 68
Heron, 31, 47, 63-64, 76-80, 266

herpes, 318
hipnoanaliză, 57, 87, 103, 171-172,
179, 180, 209, 256, 269, 277,
282, 309, 355
abordări ideodinamice, 179-194
o abordare integrativă, 209-219
podul afectiv, 195-196
podul somatic, 195-196
puzzle, 204-205
regresie de vârstă, 201-204
tehnica vizualizării teatrului, 194,
200-201
terapia stărilor eului, 196-200,
253
hipnoterapie, 30-32, 40-42, 44-46,
53-54, 58-59, 75, 80, 95, 97-
98, 101, 108, 112, 114, 125,
136, 142, 208, 218, 233-234,
269, 277-278, 301, 313-317, 319,
323-324, 329-332, 349-350, 352,
362, 365-368
activitate hipnoterapeutică, 87,
93-98, 311
evaluare inițială, 105-112
hipnoanaliză, 168-219
abordări ideodinamice, 179-
194
analiza viselor, 205-209
podul afectiv, 195-196
puzzle, 204-205
regresie de vârstă, 201-204
studiu de caz, 209-219
terapia stărilor eului, 196-
200, 253
încheierea ședinței, 138-142
relație hipnoterapeutică, 53
hipnoză
activitate hipnoterapeutică, 93-98
autohipnoză, 134-136
capacitate hipnotică, 116-118

considerații, 98-100
definiție, 89-91
fenomen hipnotic, 113
amnezie, 85, 92, 131, 157,
180, 182, 247, 318
catalepsie, 85, 131, 257, 318,
334
distorsiune temporală, 305
istoric, 81-89
metode indirecte, 130-132
mituri despre ~, 112-116
tehnici de inducție, 124-130
metode directe, 126-130
abordări cu fixarea pri-
virii, 127-128
terapie familială, 351-354

I

iatrogenă, 32, 182, 189-190, 196
imagerie, 47, 93, 98, 111, 124, 126,
148, 150, 178, 195, 197, 255,
257, 259, 279, 295, 299, 312,
327, 343-344, 346, 361
imagerie ghidată, 299
albumul de fotografii, 203
locul din natură preferat, 103,
126, 151, 301, 348, 356
tehnica animalului prietenos, 155
urcarea unui munte, 158
imaginație activă, 88, 121, 207
image corporală, 227, 254, 339,
351, 353
inconștient, 51, 62, 80, 84-86, 88-
89, 93-101, 111, 114, 131-133,
135, 139-141, 145, 147, 149,
154, 170, 172, 174, 177-181,
186-189, 192-194, 202-207, 209-
216, 219, 222-225, 229, 231-232,

237-239, 241, 245, 248, 254-
257, 261-266, 273, 276, 278
inhibarea dorinței sexuale, 250, 252-
253
injecții, 227, 293, 324
intervenții chirurgicale, 227, 293,
296, 316, 325-327, 329, 340
proceduri renale, 324
proceduri vasculare, 324
recuperare postoperatorie, 328
interviu clinic (evaluare), 48, 105-
108, 136, 227, 230, 260, 287-
288, 299, 320

Î

însămânțare, 160, 223
întărirea eului, 100, 103-104, 111,
124, 128, 130, 134-135, 139,
142-167, 183, 187-189, 191, 195,
197, 199, 201, 203-204, 209,
215, 222, 227, 231, 237-238,
241, 255, 258, 265, 269, 295-
296, 313-315, 317, 327, 340-
341, 343, 350-351, 353, 355,
357-360, 362
abordarea în cinci pași a lui
Stanton, 163-164
abordări ericksoniene, 160-163
albumul de fotografii, 203
animalul prietenos, 156
casete pentru ~, 165-166
~ direcționată spre scop, 159-
160
găsirea resurselor interioare, 154-
155
locul din natură preferat, 103,
126, 151, 301, 348, 356
întrebare de accesare bazală, 96-97,
101, 132-133, 140, 177, 211

J

Janet, 85, 196
Jung, 22, 87, 196
 vise, 205-207
jurnal intensiv, 155
jurnal, ținerea unui, 155, 192, 270,
 354, 359

L

levitația brațului, 92, 137, 210, 216,
 241, 247, 334, 343, 357
Liébault, 84
luarea deciziilor, 156, 227-229, 353

M

Maslow, 76
mecanisme de apărare ale eului, 170
medicină bazată pe dovezi, 44-45
medicină complementară, 48, 52
 acupunctură, 366-367
Mesmer, 21, 52, 81-84
metafore, 101, 103, 160-161, 163,
 204, 257, 264, 281, 289, 309,
 314-317, 338
 construcția ~, 160-161
metode calitative, 48-49
migrenă, 138, 293-294, 304, 312
modelul omului de știință practician,
 39
motivație, 106, 117, 144, 169, 229,
 243, 291, 314, 363

N

nașterea unui copil, 227, 293, 296,
 324
negi, 318-319

neurogeneză, 74, 98-99, 208
nevoi psihologice, 37, 77, 365
nevroză, 79, 180, 340

O

obezitate, 99, 101, 138, 221
oncologie, 324, 344-345

P

pacing viitor, 186, 192-193, 239
parafilie, 267
personalitate, 53, 58, 60, 62, 76,
 91, 105, 196-197, 199, 279
planificarea acțiunii, 227, 355
pod afectiv, 195
pornografie, 268
povești, 30, 36-37, 51, 101, 103,
 108-109, 126, 131, 160-161, 210,
 281, 309, 334, 338
 a spune ~, 161, 334, 338
prescrierea simptomului, 110
„prietenul meu John”, 137, 233,
 358
probleme cardiovasculare, 221
probleme dermatologice, 221, 311,
 317-320, 349
 alopecie, 318
 dermatită atopică, 318
 eczeme, 318, 349-350
 negi, 318-319
 psoriazis, 318, 320, 350
probleme gastrointestinale, 221, 311,
 313, 316, 324
 boala Crohn, 316-317
 colită ulcerativă, 317
 endoscopie, 316, 324
 sindromul de colon iritabil, 293,
 304, 313-316

probleme psihosomatice, 35, 70, 94,
 101, 181, 209, 262, 278, 300, 339
proceduri cardiovasculare, 324
proceduri dermatologice, 324
proceduri renale, 324
psihanaliză, 51, 85, 155, 205, 276
psihodramă, 172, 199
psihoneuroimunologie, 73
psihosinteză, 155
psihoterapie, 30-33, 35-36, 39-40,
 42-43, 45, 47-52, 54-58, 75,
 82, 85, 92, 97-98, 115-116, 125,
 151, 168-171, 180, 219, 227,
 253-254, 256, 263, 277, 283,
 313, 352, 354, 367
 contextul cercetării, 39-49
 contextul personal, 35-39
 contextul politic, 31-34
 integrare, 44, 244, 354, 367
psihoterapie dinamică scurtă, 170
psihoterapie psihodinamică, 254
psoriazis, 318, 320, 350

R

ratificare, 194
râs, 144
Reason, 46-47, 347
recadrare, 100-101, 103, 177, 181,
 186, 192, 201, 204, 249, 278,
 355
regresie, 85, 87, 92, 110-111, 131,
 151-154, 172-173, 178, 180, 188,
 194-195, 201-203, 217, 255-256,
 282, 284, 309, 310
 ~ de vârstă pozitivă, 151
relaxare, 90, 92-93, 100, 103-104,
 107, 110, 113, 120, 124, 126-130,
 134-136, 139-140, 142, 164-166,
 171, 189, 197, 227, 239, 245,
 248, 258-259, 293-295, 297-
 -300, 306, 312, 314, 316, 325,
 330, 339, 343, 352, 355, 359
reprimare, 169-170
restructurare cognitivă, 100, 244,
 246, 254
resurse interioare, 88-89, 95-96, 100-
 -101, 109, 114, 149, 154-155,
 165, 199, 208, 210, 215, 222-
 -223, 236, 321
retrăire, 172, 190, 202
rezistență, 106, 124, 130, 136-138,
 160, 170, 180, 187, 193, 235
rezonanță magnetică nucleară, 368
Ritalin, 367
Rogers, 59, 61, 76
Rossi, 74, 87-88, 93-102, 104, 110,
 115, 131, 133-134, 137, 171, 177,
 181-183, 207-208, 211, 219, 222,
 224, 247-248, 256, 270, 272,
 276, 278, 311
 ~ și întrebare de accesare bazală,
 96-97, 101, 132-133, 140,
 177, 211

S

scala analogică vizuală (VAS), 109,
 195, 210, 212, 287, 291, 299,
 304, 325
Scala de Imaginație Creativă, 119
scriere automată, 193, 241
 ~ a datei, 216
sindromul de stres posttraumatic, 273-
 -285
 amintiri recuperate, 283-285
 tratamentul ~, 277-283
sinteză proteică, 208
sistem imunitar, 66, 70, 73-75, 221,
 328

~ și imunologie, 75
 somatizare, 80, 170
 somn, 69, 74, 84, 107, 111, 112, 139, 221, 273, 319, 337
 dificultăți de ~, 114, 221, 269-273, 339
 coșmaruri, 274, 346-347
 insomnia, 269-270
 ~ și copiii, 345-349
 speranță, 36, 38, 57, 69, 97, 106, 108, 152, 193, 219, 229, 235, 255, 266, 320, 326-327, 338, 353, 356, 363
 ~ și expectanțe, 82, 108, 114, 366
 Spiegel, 90-92, 116, 118-120, 136, 210, 246-247, 270, 277, 279-280, 356-357, 361
 stabilirea scopurilor, 166, 227, 231, 265, 355
 stările eului, 196, 200
 stres, 65-80
 boli legate de ~, 71-73
 catharsis, 76-80
 corticosteroizi, 73
 dietă, 72, 315
 efectele ~, 70
 evenimente de viață, 56, 67-68, 71, 75
 hipnoterapie, 100-104
 injecții, 227, 293, 324
 intervenții chirurgicale, 227, 293, 327
 probleme respiratorii, 221
 psihoneuroimunologie, 73-75
 răspunsul la stres, 71, 74
 reacția „luptă și fugi”, 70
 Scala de Autodezvoltare, 69
 strategii de *coping*, 71, 76, 80, 101, 266, 359
 violență domestică, 252

stresori, 66-71, 80, 101, 241, 266, 275
 studiu controlat randomizat, 40, 42, 325
 suferință, 66, 80, 351
 sugestie indirectă, 88, 95, 103
 confuzie, 116, 137, 178, 328
 directivă implicată, 88, 96, 101, 132, 140, 211
 duble legături, 132
 metafore, 101, 103, 160-161, 163, 204, 257, 264, 281, 289, 309, 314-317, 338
 „prietenul meu John”, 137, 233, 358
 tehnici „paradoxe”, 189
 utilizare, 20, 94-95, 137-138, 157, 181, 191, 218, 262-263, 289
 sugestii posthipnotice, 92, 208, 259, 342
 sugestionare directă, 86-88, 146, 248, 279, 307
 supervizare, 35, 39
 suport social, 50, 67, 76, 101, 226, 243

T

tehnica pantomimei, 137, 211
 tehnica pumnului strâns, 146
 tehnica vizualizării teatrului, 194, 200-201
 tehnici de descoperire, 194
 tehnici de folosire a timpului prezent, 138, 218
 temă pentru acasă, 110, 135, 139, 217-218, 240, 354, 359
 terapia stărilor eului, 196, 253
 terapie cognitiv-comportamentală, 99, 219, 242, 249, 270

terapie de grup, 269
 terapie familială, 101, 196, 351-354, 363
 terapie Gestalt, 172
 terapie primală, 172
 testarea realității, 233
 tinitus, 221
 training autogen, 103, 225-226
 transa cotidiană, 94
 transă, 83-85, 90-94, 98-99, 103-104, 106-107, 112-113, 115, 124, 130-135, 137-139, 142, 147, 149, 157, 162, 164, 180, 182, 183, 211, 245, 247-248, 255, 261, 264-265, 281, 300-301, 304, 309, 314, 318, 321, 323, 328, 332, 337, 341, 345-346, 352, 354, 357-359
 transfer pozitiv, 33
 tulburarea de excitație sexuală la femeie, 250
 tulburarea de identitate disociativă, 276
 tulburări alimentare, 119, 200, 221, 276, 351, 354
 anorexie nervoasă, 351, 354

bulimie nervoasă, 152, 156, 247, 351
 mâncat abuziv, 69, 247, 249
 mâncat compulsiv, 200, 351
 obezitate, 99, 101, 138, 221
 tulburări psihosomatice, 57, 157

U

utilizare, 20, 94-95, 137-138, 157, 181, 191, 218, 262-263, 289

V

vindecare, 32, 46, 50, 75-76, 80-82, 94-95, 97-101, 104, 115, 133-134, 140-141, 155, 160, 177, 179, 193, 197, 205, 207, 209, 216, 218, 222-223, 225, 229, 238-239, 248-249, 271-272, 298, 300, 311, 316, 326-329, 358, 362, 365-366
 vindecare psihobiologică, 94
 vindecare psihosomatică, 311
 viol, 252, 275, 279
 vizualizare, 126, 148, 204, 241, 244-245, 256, 304, 317, 326

www.polirom.ro

Redactor : Cătălina Popovici

Coperta : Carmen Parii

Tehnoredactor : Daniel Scurtu

Bun de tipar : februarie 2009. Apărut : 2009

Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266

700506, Iași, Tel. & Fax : (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;

(0232) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,

O.P. 37 • P.O. BOX 1-728, 030174

Tel. : (021) 313.89.78 ; E-mail : office.bucuresti@polirom.ro



PRINT
multicolor

Str. Bucium nr. 34 Iași

tel.: 0232/211225

fax: 0232/211252

office@printmulticolor.ro

www.printmulticolor.ro

SERVICII TIPOGRAFICE COMPLETE

Ghid practic privind utilizarea hipnozei în tratamentul pacienților ce suferă de o gamă largă de tulburări legate de stres, lucrarea combină metodele tradiționale ale hipnozei cu abordarea ericksoniană și a lui Rossi privind hipnoterapia. Sunt oferite îndrumări detaliate privind desfășurarea interviului clinic, exemple referitoare la pregătirea pacientului pentru hipnoză, modele de „scenarii” clinice ce pot fi folosite în cadrul ședințelor de hipnoză etc. De asemenea, sunt recomandate anumite tipuri de intervenții pentru diversele tulburări legate de stres la adulți și copii, precum anxietatea, disfuncțiile sexuale, insomnia etc. Volumul se adresează consilierilor psihologici, psihoterapeuților, psihiatrilor, psihologilor și medicilor, dar și hipnoterapeuților experimentați.

Ședința hipnotică • Întărirea eului • Sugestia directă și autohipnoza • Abordările ericksoniene • Abordările hipnoanalitice • Tratamentul problemelor specifice • Renunțarea la fumat • Sindromul de stres posttraumatic • Copiii și familia

EDITURA POLIROM



www.polirom.ro